

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología General



TESIS DOCTORAL

**Efecto de las técnicas de auto-instrucción y de la terapia
racional emotiva en el entrenamiento en aserción**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Inés Carrasco Galán

Madrid, 2015

TP
1984
193

Inés Carrasco Galán



x - 53 - 096612 - 2

EFFECTOS DE LAS TECNICAS DE AUTO-INSTRUCCION Y DE LA TERAPIA RACIONAL
EMOTIVA EN EL ENTRENAMIENTO EN ASERCION



ARCHIVO

Departamento de Psicología General
Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid
1984

Colección Tesis Doctorales. Nº 193/84

© Inés Carrasco Galán
Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía
Noviciado, 3 Madrid-8
Madrid, 1984
Xerox 9200 XB 480
Depósito Legal: M-20294-1984



BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EFFECTOS DE LAS TECNICAS DE AUTO-INSTRUCCION

Y DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

EN EL ENTRENAMIENTO EN ASERCION.

Autor: Inés Carrasco Galán

Director: Dr. J.L. Pinillos Díaz
Catedrático de Psicología

Madrid, 1983

Agradecimiento.

Quisiera expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que han hecho posible este trabajo:

Dr. J.L. Pinillos, mi maestro, que ha dirigido la investigación, me ha ayudado y animado

D. L. Llavona, que ha colaborado de manera especial, del cual, tras largas y numerosas discusiones, obtuve valiosas aportaciones y sugerencias

Dr. J.M. Arredondo y M. Clemente, que han contribuido al desarrollo y revisión de los análisis de datos

M.L. López y M.J. Carrasco, que han trabajado,--decisivamente, en la realización y presentación del manuscrito

Aquellos alumnos, que se ofrecieron, voluntariamente, como sujetos y observadores, sin los cuales nunca - hubiera sido posible esta investigación.

I N D I C E

0.- INTRODUCCION	1
1.- REVISION BIBLIOGRAFICA	5
1.1.- <u>El entrenamiento en aserción</u>	6
1.1.1.- Habilidades sociales/Conducta asertiva	7
1.1.2.- Definición de conducta asertiva	12
1.1.3.- Evaluación	19
1.1.3.1.- La entrevista	20
1.1.3.2.- Los cuestionarios	23
1.1.3.3.- Auto-observación	25
1.1.3.4.- Observación	27
1.1.3.5.- Registros psicofisiológicos	31
1.1.4.- Entrenamiento en aserción	33
1.1.4.1.- Formas de aplicación del entrenamiento ..	35
1.1.4.2.- Técnicas utilizadas	37
1.1.4.2.1.- Ensayo de conducta e instrucciones	38
1.1.4.2.2.- Imitación	39
1.1.4.2.3.- "Feedback"	40

1.1.4.2.4.- Procedimientos encubiertos	42
1.1.4.2.5.- Desensibilización sistemática	43
1.2.- <u>Terapia de conducta cognitiva</u>	45
1.2.1.- Modelos conductuales cognitivos	48
1.2.2.- <u>Terapia Racional-Emotiva</u>	55
1.2.2.1.- Premisas básicas. Esquema A-B-C	55
1.2.2.2.- Procedimiento terapéutico	60
1.2.2.2.1.- Explicación del esquema A-B-C	60
1.2.2.2.2.- Detección de las ideas irracionales ...	61
1.2.2.2.3.- Debate, distinción y discusión discusión de las ideas irracionales ...	64
1.2.2.2.4.- Consecución de un nuevo efecto o filosofía	65
1.2.2.3.- Estudios experimentales	66
1.2.3.- <u>Entrenamiento en Auto-Instrucciones</u>	81
1.2.3.1.- Premisas básicas	83
1.2.3.2.- Procedimiento terapéutico	88
1.2.3.2.1.- Fase 1.- Conceptualización del problema. Auto-observación	90
1.2.3.2.2.- Fase 2.- Confirmación de la conceptualización	93
1.2.3.2.3.- Fase 3.- Modificación de auto-manifesta ciones y emisión de nuevas conductas ..	95

1.2.3.3.- Estudios experimentales	97
1.3.- <u>Enfoque cognitivo de los problemas</u> <u>de aserción</u>	116
2.- ESTUDIO EXPERIMENTAL	131
2.1.- <u>Planteamiento del problema</u>	135
2.2.- <u>Formulación de hipótesis</u>	138
2.3.- <u>Método</u>	139
2.3.1.- Sujetos	140
2.3.2.- Material de evaluación	141
2.3.2.1.- Medidas de auto-informe	142
2.3.2.2.- Medidas de observación	145
2.3.3.- Lugar de investigación e instrumentos	147
2.3.4.- Diseño experimental	149
2.3.5.- Procedimiento	152
2.3.5.1.- Observadores	152
2.3.5.2.- Evaluación pre-entrenamiento	155
2.3.5.3.- Evaluación post-entrenamiento	160
2.3.5.4.- Evaluación de seguimiento	161
2.3.5.5.- Entrenamiento	161
2.3.5.5.1.- Sesiones comunes para las tres condiciones experimentales	162

2.3.5.5.2.- Grupo II. Entrenamiento en Aserción y Terapia Racional-Emotiva	169
2.3.5.5.3.- Grupo III. Entrenamiento en Aserción y Entrenamiento en Auto-Instrucciones .	175
2.3.5.5.4.- Grupo IV. Entrenamiento en Aserción ...	182
2.3.6.- Análisis estadístico	184
2.4.- <u>Análisis de los resultados</u>	186
2.4.1.- Análisis previos	186
2.4.1.1.- Fiabilidad de las medidas	188
2.4.1.1.1.- Fiabilidad de los cuestionarios	188
2.4.1.1.2.- Fiabilidad de los observadores	190
2.4.1.2.- Homogeneidad de los grupos en las medidas pre-entrenamiento	195
2.4.2.- Resultados	200
2.4.2.1.- Medidas de auto-informe	200
2.4.2.1.1.- Inventario de Asertividad de Rathus ...	200
2.4.2.1.2.- Inventario de Aserción de Gambrill y Richey	212
2.4.2.2.- Medidas de observación	223
2.5.- <u>Conclusiones</u>	366
3.- BIBLIOGRAFIA	373
4.- APENDICE A	410
5.- APENDICE B	422

0.- INTRODUCCION.

El entrenamiento en aserción ha adquirido recientemente gran importancia en el ámbito de la modificación de conducta, como puede constatarse por la gran cantidad de estudios, que se publican sobre aspectos teóricos, métodos de evaluación y programas terapéuticos.

La mayor parte de estas investigaciones se han orientado a descubrir qué técnica o conjunto de técnicas resultan más eficaces para la adquisición del comportamiento asertivo. En ellas se parte del supuesto de que los individuos no asertivos tienen un déficit en su repertorio conductual. Por esto, sus objetivos irán encaminados a lograr que el cliente adquiera las conductas asertivas que no tiene.

Sin embargo, de la integración de procedimientos cognitivos, dentro de la modificación de conducta, surge un nuevo modelo de explicación de los problemas de aserción, que sugiere que la conducta no asertiva puede estar causada por valoraciones cognitivas desadaptadas.

Esta teoría, que pone énfasis en la mediación de las variables cognitivas, surge de la experiencia clínica, en la que se constata que los pacientes muestran, con frecuencia, grandes avances en el comportamiento asertivo, -- después de haber considerado cuidadosamente las consecuencias de estar influidos por determinadas creencias o pensa

mientos. En estos casos, los problemas de aserción de los pacientes parecían estar mantenidos por miedos irreales - acerca de las posibles reacciones de otras personas, como pudiera ser la reprobación, y no por una falta de habilidad para emitir respuestas asertivas.

Desde hace algunos años, existen datos empíricos que ponen de manifiesto la eficacia, para reducir la ansiedad ante las evaluaciones de las otras personas, de las terapias basadas en la modificación de las creencias y expectativas de los sujetos. Además, se iniciaron un conjunto de trabajos que intentaron analizar si la intervención cognitiva era más eficaz que el entrenamiento en aserción, -- centrado en enseñar a los sujetos los comportamientos asertivos de que carecen. Las conclusiones de estos trabajos - no muestran que la eficacia de procedimientos cognitivos - fuera superior al procedimiento en aserción.

Sin embargo, en estos estudios no se contempla, y nosotros pensamos que es importante, la posibilidad de - unir ambos tipos de procedimientos en un enfoque cognitivo conductual, que pudiera ajustarse más a la naturaleza de - los problemas de aserción.

Por esto, el objetivo de esta investigación será analizar si la utilización de procedimientos cognitivo conductuales resultará más eficaz para la eliminación de los

problemas de aserción que el procedimiento de entrenamiento en aserción solo y someter a prueba la eficacia diferencial de diversos procedimientos de cambio cognitivo.

En primer lugar, haremos una amplia revisión del entrenamiento en aserción, enmarcándolo dentro del campo de las habilidades sociales y poniendo de relieve el con-junto de técnicas que deben formar parte de un entrenamiento eficaz.

En un segundo apartado, se hará una breve refe--rencia a la aparición de las terapias de conducta cogniti--va dentro del desarrollo de la terapia de conducta, cen---trándonos en aquellas que hayan alcanzado una mayor rele--vancia y puedan ser de utilidad en nuestra investigación.

En tercer lugar, se analizarán las investigacio--nes llevadas a cabo en el área de la aserción con procedi--mientos cognitivos, con objeto de conocer las técnicas cog--nitivas que producen mejores resultados en este área.

Por último, se llevará a cabo un experimento don--de se combinen los procedimientos conductuales y cogniti--vos que hayan mostrado ser más relevantes a la luz de los diversos estudios revisados.

1.- REVISION BIBLIOGRAFICA.

1.1.- El entrenamiento en aserción.

La conducta asertiva ha cobrado gran importancia para la Modificación de Conducta a partir de los años setenta, hecho que se pone de manifiesto en la gran cantidad de trabajos teóricos, cuestionarios de evaluación y programas terapéuticos que se publican durante esa década. Pero antes de centrarnos en su estudio será de especial interés para nosotros clarificar el concepto "habilidades sociales", término en el que hoy en día, y desde 1976 ----- (Eisler, 1976), se encuentra incluida la aserción. Por esto analizaremos en primer lugar este concepto y su relación con la conducta asertiva.

A la hora de establecer qué se entiende por conducta asertiva, nos encontramos con la paradoja de que aunque existen múltiples definiciones no están resueltos todavía ciertos problemas de conceptualización del término, al menos desde un punto de vista conductual. De aquí que un objetivo de este apartado sea intentar definir operativa y funcionalmente la aserción. Además abordaremos la evaluación de la conducta asertiva, describiremos los métodos más utilizados y daremos indicaciones sobre cómo llevarlos

a la práctica. También revisaremos cuáles son las técnicas que se han utilizado en los diversos tratamientos, realizando un estudio comparativo de los resultados.

1.1.1.- Habilidades sociales / Conducta asertiva.

Existe la tendencia a incluir la conducta asertiva dentro del campo de las habilidades sociales, y considerarla como una habilidad más que el individuo debería poseer en su repertorio conductual para relacionarse satisfactoriamente con las personas de su entorno. Pero a la hora de definir qué se entiende por habilidad social y por aserción, aparecen una serie de problemas que dan lugar a que muchos autores identifiquen ambos conceptos y los consideren sinónimos (Hersen y Bellack, 1977; Gil, 1980).

Para intentar clarificar este punto pasemos a revisar algunas de las definiciones más representativas de las habilidades sociales. Así Weiss (1968) entiende por ello la habilidad para desarrollar comunicación, comprensión y expresar interés en una relación social; mientras que Argyris (1968) considera, de forma general, aquellas conductas interpersonales que contribuyen a la efectividad de un individuo. A su vez, Hersen (1979) describe los requisitos necesarios para que una relación interpersonal --

sea efectiva, centrándolos en dos tipos de habilidades: --
percibir los sentimientos e intenciones de los otros y con
testar con respuestas apropiadas.

Otros autores, Bellack y Hersen (1977) definen -
la habilidad social como la capacidad de expresar senti---
mientos positivos y negativos en situaciones interpersona-
les, sin perder el refuerzo social. Sin embargo, Liberman
y colab. (1975) incluyen en su modelo conceptual, además -
de los procesos cognitivos necesarios para recibir, com---
prender y procesar los mensajes interpersonales, tres di--
mensiones de respuestas: las conductas no verbales, el con
tenido de la conversación y la reciprocidad de la comunica-
ción.

Trower y colab. (1978) enumeran una serie de com
portamientos que deberán cumplir las personas adecuadas so-
cialmente. Entre ellos se encuentran el mostrarse cálido,
asertivo, con variación expresiva en la cara, voz y postu-
ra, mirando frecuentemente a su interlocutor y gustándole
intervenir en las conversaciones, donde manifestará comen-
tarios espontáneos e interesantes y será recompensado por
los otros.

La definición más utilizada es la propuesta por
Libet y Lewinsohn (1973) en la que considera a las habili-
dades sociales como la habilidad compleja que permite emi-
tir conductas que hacen máxima la tasa de refuerzos positi
vos y mínimo el número de castigos que se reciben de los -

otros.

Como podemos observar, las definiciones expuestas se caracterizan fundamentalmente por la falta de concreción conductual ya que no se describen conductas específicas, o cuando lo hacen no realizan una enumeración exhaustiva de los comportamientos que pueden darse en el ámbito interpersonal. Por otra parte, un tipo de definición como la de Libet y Lewinsohn, que contempla solamente el hecho de la consecución de refuerzos, no sólo no excluye las conductas no sociales sino también las asociales, olvidando en la definición, por ejemplo, la característica general de "lo apropiado" de la respuesta, en conexión con las normas sociales. Además, debe señalarse que al poner énfasis en el refuerzo social se olvida que éste no depende exclusivamente de la persona que realiza la conducta sino que está dispensado -- por los otros que, en última instancia, pueden darlo o no.

Creemos, al igual que Curran (1979), Curran y --- Mariotto (1980), Curran y Wessberg (1981) que el problema -- que aparece a la hora de definir un megaconstructo tal como el de las habilidades sociales es que resulta difícil determinar "a priori" qué conductas son fundamentalmente de naturaleza social. Por otra parte, es imposible decidir de antemano qué actos conductuales servirán como indicadores de habilidades sociales en una situación criterio particular. -- El que una conducta se pueda considerar como indicador de habilidad social dependerá de las variables situacionales, debiendo ser determinada so--

bre una base empírica para cada una de las situaciones criterio. La probabilidad de aparición de esas respuestas en situaciones criterio viene dada por factores ambientales, variables individuales y la interacción entre ambos. Sería necesario también tener en cuenta que los problemas de consistencia o inconsistencia de la conducta y la especificidad o generalidad de la misma a través de las situaciones son cuestiones empíricas y, por ésto, no se pueden prefi--jar según determinadas perspectivas teóricas.

Muchos de los problemas que aparecen a la hora de definir y evaluar el constructo de "habilidades sociales" nos recuerda la problemática y discusión acerca de otro constructo psicológico, el de inteligencia (Curran, 1979 a). La inteligencia, como la "habilidad social", es un constructo que relaciona una variedad de conductas distintas. Estas están formadas por un conjunto de factores verbales y no verbales de los que se extrae una muestra para predecir las conductas criterio. En su evaluación, no se intenta medir un rasgo disposicional, sino un conjunto de habilidades. Para ello se analiza la existencia de una respuesta dentro del repertorio conductual del sujeto, considerando la influencia de variables situacionales y factores sociales y culturales. Pero quizás, la conclusión más importante que se puede obtener de esta comparación es que así como se ha observado que no se pueden medir todas las habilidades implicadas en el término "inteligencia", ni predecir todas las situaciones criterio posibles, es muy improbable que se consiga desarrollar una medida de --

las "habilidades sociales" que prediga, razonablemente --- bien, todas las situaciones criterio posibles.

Así pues, podríamos decir que la "habilidad social" no debe considerarse un rasgo, aptitud o capacidad, como indican algunos autores (Blanco Abarca, 1981) sino la ejecución de respuestas sociales de un individuo en una situación particular (McFall, 1982). Esta dependerá tanto de variables situacionales como personales y puede no prede--cir la ejecución en otras situaciones criterio. Los problemas de estabilidad y generalidad a través de las situaciones necesita determinarse de forma empírica.

Por todo lo anteriormente expuesto consideramos que, desde un punto de vista conductual, carece de sentido hablar de "habilidades sociales". Decimos esto porque al - ser un constructo tan amplio, que abarca tal cantidad de - conductas diferentes, tanto desde un punto de vista topo--gráfico como funcional, pierde las referencias conductua--les específicas: se vacía de contenido conductual. Evidentemente, como cualquier constructo, no se podrá evaluar--- bien lo que con anterioridad no se puede especificar claramente. Dentro de este contexto consideramos la aserción como una de las conductas específicas en las que se debe descomponer el constructo "habilidad social", ya que posee -- unas características precisas que la diferencian del resto de las conductas sociales.

1.1.2.- Definición de conducta asertiva.

Cuando se realiza una revisión bibliográfica para conocer qué se ha venido entendiendo por conducta asertiva, uno se encuentra con que aparecen en la historia de la aserción tres etapas claramente diferenciadas. La primera se desarrolla desde 1949, publicación de la obra de --- Salter "Conditioned Reflex Therapy", hasta los años sesenta. En esta etapa se encuentran los autores que primero se interesaron por el tema, describiendo el concepto y estudiando sus posibles aplicaciones clínicas. Entre ellos, -- además de Salter, podemos citar a Wolpe (1958, 1973) y --- Lazarus (Wolpe y Lazarus, 1966; Lazarus, 1971).

En los años setenta podemos situar la segunda -- etapa, caracterizada por la gran cantidad de publicaciones que se realizan sobre el tema, lo que demuestra el auge -- que toma la aserción en el ámbito de la modificación de -- conducta. Los autores, basándose fundamentalmente en las teorías de Wolpe, intentan redefinir, ampliar y estudiar -- lo concerniente a la conducta asertiva, centrándose sobre todo en establecer las bases para un tratamiento efectivo de la falta de aserción. Entre ellos tenemos como una muestra a McFall y colab. (1970, 1971, 1973), Eisler y colab. (1973 a,b, 1975), Hersen y colab. (1973 a,b, 1974), -----

Alberti y Emmons (1978), Lange y Jakubowski (1976). En esta época aparecen también gran cantidad de cuestionarios - para medir la conducta asertiva (Rathus, 1973 a; Galassi y colab. 1974 b; Gambrill y Richey, 1975).

Podríamos considerar la tercera etapa a partir - de 1976, año en que aparece el libro editado por Hersen y Bellack "Behavior Assessment" y en él la evaluación de la aserción está incluida en el capítulo dedicado a la evaluación de las "habilidades sociales" (Eisler, 1976). En esta etapa, la actual, la conducta asertiva va perdiendo su --- identidad y queda englobada dentro de las "habilidades sociales", como una más, y en muchos casos sin ninguna característica que la defina y separe de las otras (Bellack y - Hersen, 1979; Hersen, 1979; Curran, 1979 b). Esta evolu---ción es, hasta cierto punto, comprensible pues, como veremos a continuación, los autores que se han dedicado al estudio de la aserción fueron ampliando el concepto hasta -- que perdió su identidad.

Utilizando el concepto pavloviano de excitación para dar cuenta de la aserción, Salter (1949) describe del siguiente modo el comportamiento de un individuo en el que predominan los procesos excitatorios: será espontáneo, emocionalmente libre, relajado, directo, le gustará la responsabilidad, tomará decisiones rápidas y no tendrá ansiedad.

Pero también otros autores han definido al individuo asertivo. Así Lazarus (1971) lo considera libre emo-

cionalmente, entendiendo por libertad emocional el reconocimiento y expresión adecuada de todos y cada uno de los estados afectivos. Para Fensterheim (1972), Fensterheim y Baer (1975) la persona asertiva tiene cuatro características : - se siente libre para manifestarse; puede comunicarse de forma directa, abierta, honesta y apropiada con cualquier persona, ya sean amigos, familiares o extraños; tiene un enfoque activo ante la vida, lucha por lo que quiere; y, por último, actúa de modo que siempre está de acuerdo consigo mismo.

Alberti (1977), Alberti y Emmons (1978) y Brower y Brower (1978) no se centran en el individuo asertivo sino que tratan de enumerar los componentes de la "asertividad". Para Alberti y Emmons, "asertividad" sería lo que capacitaría a una persona para actuar según su interés, defenderse sin ansiedad indebida, expresar confortablemente pensamientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar -- los de los otros. Brower y Brower la consideran una habilidad para expresar sentimientos, elegir cómo actuar, luchar por los derechos personales cuando sea apropiado, aumentar la autoestima, ayudar a desarrollar la confianza en uno mismo, discrepar cuando se piense que es importante, llevar a cabo planes para modificar la propia conducta y pedir a los otros que cambian su conducta ofensiva.

El concepto aserción también está definido por Lange y Jakubowski (1976) y Jakubowski (1977). Para ellos implica el defender los derechos personales, expresar sen-

timientos, pensamientos y creencias de forma directa, honesta y apropiada, sin violar los derechos de las otras personas.

Por último, existen intentos de definición de lo que se entendería por conducta asertiva. Wolpe (1973) habla de la expresión adecuada frente a otras personas de cualquier emoción que no sea la ansiedad. Para Galassi y Galassi (1977, a,b) sería la expresión directa de sentimientos, preferencias, necesidades u opiniones propias, de una manera que no sea ni amenazante ni punitiva para otras personas. Además, no irá acompañada de una cantidad excesiva o inapropiada de ansiedad o miedo. Heimberg y colab. (1977) la conceptualizan como la resolución efectiva de problemas sociales y Hersen y colab. (1977) entienden la conducta asertiva como la expresión de sentimientos positivos y negativos en situaciones interpersonales.

En una búsqueda de definición funcional, Rich y Schroeder (1976) sugieren que la conducta asertiva puede ser medida por el grado en que es efectiva en producir, mantener o mejorar el refuerzo. Hewes (1975) manifiesta que la conducta asertiva es aquella que se ejecuta en una relación social y hace máximo el valor del refuerzo en todas las personas implicadas en la interacción.

Las definiciones aquí expuestas presentan una serie de dificultades. En primer lugar, los autores utilizan denominaciones distintas tales como "asertividad", aser---

ción o conducta asertiva, para referirse en muchas ocasiones a los mismos contenidos. Además, la utilización del -- concepto "asertividad" o la referencia a la "persona aser-- tiva" no pueda sostenerse desde un punto de vista conduc-- tual, ya que implica la existencia de un rasgo o disposi-- ción que un individuo posee o no, y le lleva a actuar de - una manera determinada a través de las diversas situacio-- nes, hecho que no parece confirmarse en los resultados de las investigaciones realizadas hasta el momento. Esta conceptualización no tiene ninguna utilidad operativa para la modificación de conducta, ya que en ella se abordan conduc-- tas específicas y no constructos que se infieran de varios comportamientos. Con respecto a la utilización de los tér-- minos aserción y conducta asertiva, consideramos que son - sinónimos. Entendemos por conducta asertiva o aserción una ejecución específica y determinada que realiza el indivi-- duo en situaciones particulares, cuyas características de-- limitaremos más adelante.

Por otra parte, podemos dividir el conjunto de - las definiciones revisadas en dos grandes bloques. El pri-- mero está compuesto por definiciones poco precisas opera-- cionalmente, que intentan describir el conjunto de compor-- tamientos que estarían implicados en la conducta asertiva. Dentro de éstos se incluirían conductas tan difíciles de - definir conductualmente, por su falta de concreción, como el "defender los derechos personales", "respetar los dere-- chos de los otros", "expresión de sentimientos de una for-- ma adecuada", etc.

El segundo bloque lo forman definiciones más precisas conductualmente, tales como las de Rich y Schroeder (1976) y Hewes (1975), donde se resalta la relación de la conducta con la producción de refuerzos en la interacción social. El problema de este caso reside en que no se explicita lo específico de la conducta asertiva, no diferenciándola de las otras conductas que se pueden dar en una relación interpersonal. Además hay que tener en cuenta, como ya hemos visto, que el refuerzo externo no siempre es controlable por la persona que ejecuta la conducta, y por lo tanto se pueden reforzar conductas no asertivas e incluso agresivas y dejar sin refuerzo conductas asertivas.

Es importante señalar que este tipo de definiciones operativas, al centrarse solamente en el refuerzo externo, se olvidan de los auto-refuerzos y auto-castigos -- que el sujeto puede administrarse. Sin embargo, la auto-administración de refuerzos y castigos parece ser absolutamente importante en la conducta asertiva.

Desde nuestro punto de vista, la conducta asertiva se podría definir como la conducta que afirma, asegura o ratifica las opiniones propias en situaciones interpersonales y que tiene como consecuencia el producir y mantener auto-refuerzos sin utilizar conductas aversivas para los otros. Según esto, serían cuatro los componentes característicos de la conducta asertiva: (1) afirmación de opiniones personales; (2) situación interpersonal; (3) consecución -

de auto-refuerzos y (4) no utilización de conductas aversi
vas.

Centramos el comportamiento asertivo en el afir-
mar, asegurar o ratificar, basándonos en lo que significa
el término según el "Diccionario Ideológico" de Casares. --
Así, dentro de sus acepciones considera la aserción como -
"la acción de afirmar la certeza de alguna cosa. Proposi-
ción en la que se afirma" y afirmar se define como "dar --
firmeza, ratificarse". Por ello, la afirmación de manifes-
taciones será el único contenido de la conducta asertiva.
Es importante resaltar que el afirmarse está relacionado -
con una situación de oposición, donde existen opiniones --
contrapuestas.

El hacer hincapié en la no utilización de conduc-
tas aversivas hacia los otros está haciendo referencia, de
una manera restrictiva, a lo que diversos autores conside-
ran como "adecuación social". Además es probable que si el
sujeto no muestra conductas aversivas obtenga mayor refuer-
zo social, pero al no depender éste de forma directa de la
persona que ejecuta la conducta no le podemos incluir como
un componente de la aserción. Por estas razones pensamos -
que en este caso el refuerzo verdaderamente determinante -
es el auto-refuerzo que se proporciona al sujeto cuando se
afirma o ratifica en aquellas situaciones o circunstancias
que cree que debe hacerlo, ya que es el propio individuo -
el que marca y establece los criterios de afirmación en --
las situaciones determinadas. Cuando un individuo evalúa -

su actuación y la compara con el criterio, se premiará o - castigará a sí mismo según el resultado (Kanfer, 1975).

1.1.3.- Evaluación.

Vamos a revisar, a continuación, cuales son los métodos o instrumentos que se utilizan en la evaluación de la conducta asertiva. Según Cone y Hawkins (1977) dividiremos los diversos métodos, mediante los cuales se puede recoger información acerca del comportamiento de un sujeto, en directos e indirectos. Dentro de los métodos indirectos se incluyen la entrevista y los cuestionarios. Entre los métodos directos se encuentran la auto-observación, la observación y los registros psicofisiológicos.

1.1.3.1.- La entrevista.

La entrevista es un método importante de recogida de datos ya que permite realizar un muestreo de secuencias de las relaciones interpersonales del sujeto.

La primera parte se centrará en recoger información acerca de los patrones de conducta interpersonal que actualmente desarrolla el individuo. Para esto se le pide que describa en detalle cómo se relaciona con aquellas personas con las que se encuentra frecuentemente; como por ejemplo, su esposa, compañeros de trabajo, amigos, jefes, profesores. Estas descripciones deben de ser detalladas; es decir, el cliente debe de relatar en términos exactos lo que dice, hace y piensa durante los encuentros interpersonales.

A partir de esta información se pueden establecer hipótesis sobre la conducta o conductas problema que presenta el cliente y sobre el tipo de personas o situaciones en que se manifiesta (estímulos antecedentes), así como -- las consecuencias internas o externas que siguen a la emisión de la conducta.

Pero no sólo se puede obtener de la entrevista este tipo de información; a través de las observaciones -- que realiza el entrevistador puede recoger datos sobre las

conductas motóricas del sujeto, atendiendo, por ejemplo, a si mira o no al entrevistador cuando habla, los movimientos corporales y de las manos, el tono, volumen o inflexión de la voz, etc. Estos datos no deben considerarse sin más patrones de conducta reales del sujeto, pues no necesariamente tienen que ser representativos del sistema de respuesta motórico en otras situaciones interpersonales. Su utilidad radica en que nos servirán de base para formular hipótesis y planificar la evaluación posterior. También se puede evaluar a través de la entrevista los contenidos verbales de lo que dice el sujeto, los pensamientos que manifiesta, las valoraciones subjetivas sobre su conducta en determinadas situaciones interpersonales, así como si aparece algún tipo de conducta psicofisiológica específica a la hora de la realización de la conducta asertiva (latidos rápidos del corazón, molestias estomacales, sudoraciones, entorpecimiento, boca seca, etc.).

Es importante resaltar que así como hay otros procedimientos y métodos más precisos para la recogida de algunos de estos datos, como veremos más adelante, la entrevista aparece como la forma idónea para recoger información sobre las valoraciones subjetivas y las verbalizaciones internas del cliente, porque se pueden matizar las contestaciones del sujeto y de esta forma ajustarlas de una manera precisa (Bellack, 1979).

Una vez analizado el comportamiento actual del cliente y los mecanismos que intervienen en el mantenimiento de la conducta problema, interesa conocer cual fue la historia del desarrollo de dicha conducta. Para ello se le pedirá al sujeto que describa desde cuándo le ocurre el problema, cuándo surgió por primera vez, y qué circunstancias ocurrieron entonces. También se recogerá información sobre si el problema fue mejorando o empeorando con el tiempo, qué circunstancias lo agravaron y cuales lo mejoraron, describiendo qué ocurría entonces. A través de este tipo de preguntas podemos establecer cómo se desarrolló la conducta problema y cómo evolucionó y se mantuvo a lo largo del tiempo. La entrevista se puede completar indagando en los recursos que se utilizaron para intentar solucionar el problema y los resultados obtenidos.

La recogida de datos en la entrevista se deberá hacer mediante grabación (Eisler, 1976). Creemos que puede ser importante el registro de los datos al menos por dos razones. La primera es que el entrevistador puede dedicarse de lleno a la realización de la entrevista, centrando toda su atención en el cliente; en segundo lugar, la grabación es un método más fiable de recogida de información -- que el de tomar notas durante o después de la entrevista -- (Hay y colab., 1979). Este registro se puede hacer en magnetofón o en video. Las ventajas que tiene el vídeo sobre el magnetofón es que, en su estudio posterior, no sólo podemos analizar los contenidos verbales sino también las respuestas motóricas.

1.1.3.2- Los cuestionarios.

Los inventarios o cuestionarios utilizados para evaluar la conducta asertiva intentan proporcionar información sobre las respuestas del individuo en una muestra de situaciones interpersonales que, normalmente, requieren -- una conducta de afirmación. Suministran datos sobre la frecuencia de la conducta asertiva y no-asertiva y las personas y situaciones implicadas en cada una de ellas.

La mayoría de los inventarios han surgido de programas de investigación específica que tenían uno de los siguientes objetivos: categorizar a los individuos en altos y bajos en aserción, o bien servir como medida dependiente en estudios de resultados de tratamientos.

A continuación, mencionaremos algunos de los --- cuestionarios que se han elaborado para tratar de evaluar la conducta asertiva. Hay que tener en cuenta que los autores no parten de un concepto único de aserción, sino de definiciones propias acerca de lo que cada uno entiende por ello, tal como ya hemos visto.

- "Wolpe-Lazarus Assertiveness Scale" (Wolpe y - Lazarus, 1966).
- "Constriction Scales"(CSI, CS2) (Bates y ----- Zimmerman, 1971).
- "Action Situation Inventory" (Friedman, 1971).
- "Conflict Resolution Inventory" (McFall y ---- Lillesand, 1971).
- "Assertive Questionnaire" (Lazarus, 1971).
- "Rathus Assertiveness Schedule" (Rathus, ----- 1973 a).
- "Social Situations Questionnaire" (Bryant y -- Trower, 1974).
- "College Self-Expression Scale" (Galassi y co-- lab., 1974 b).
- "Assertion Inventory" (Gambrill y Richey, ---- 1975).
- "Adult Self-Expression Scale" (Gay y colab. -- 1975).
- "Adult Assertion Scale" (Jakubowski y Wallace, 1975).
- "Assertion Inventory" (Fensterheim y Baer, --- 1975).
- "AQ Test" (Phelps y Austin, 1975).
- "Interpersonal Situation Inventory" (Goldsmith y McFall, 1975).
- "Assertive Behavior Schedule" (Cautela y ----- Upper, 1976).
- "Assertiveness Inventory" (Alberti y Emmons, - 1978).

- "The modified Rathus Assertiveness Schedule --
for the junior high level" (Vaal and -----
McCullagh, 1975).

1.1.3.3.- Auto-observación.

El método de evaluación auto-observación requiere que el individuo observe y registre su conducta de una forma sistemática (Ciminero y colab., 1977; Nelson, 1977). Los sujetos con problemas de aserción se centrarán en observar y anotar en hojas de registro su conducta en situaciones relevantes y que requieran la emisión de conductas asertivas, registrando los acontecimientos anteriores y -- posteriores a ella, la dificultad de realización y el grado de ansiedad experimentado.

Una de las grandes ventajas de la auto-observación como método de evaluación es que permite recoger datos que no podrían conseguirse de otra forma; por ejemplo, las verbalizaciones internas de los individuos. Además, se pueden obtener datos de las interacciones sociales que el sujeto realiza diariamente.

Según la definición que hemos establecido de conducta asertiva, el procedimiento de evaluación a través de auto-observación y registro se presenta como uno de los más idóneos. Esto es así ya que es el propio sujeto el único que conoce cuales son los objetivos y las metas que desea alcanzar en una interacción social que requiera conductas asertivas. Este tipo de respuestas cognitivas, y los auto-refuerzos o auto-castigos que se proporciona al sujeto cuando "dice o no dice lo que cree que debe decir", sólo pueden ser registradas por el propio sujeto y de ahí la importancia de la auto-observación en este área concreta.

Antes de utilizar este método debemos de tener en cuenta que hay que definir con el cliente de forma precisa la conducta que va a ser observada, así como entrenar le en el procedimiento. El entrenamiento se debe realizar en contacto con el terapeuta: a través de la representación de situaciones mediante "role-playing" el cliente observará y registrará su conducta y expondrá todas las dudas que le pueden surgir; el terapeuta observará si se lleva a cabo correctamente el registro. Se le pedirá al sujeto que lo realice inmediatamente después de las interacciones.

1.1.3.4.- Observación.

Otro de los procedimientos de evaluación de la aserción es la observación. A través de ella es posible observar y registrar la conducta de un individuo evaluando de forma directa las interacciones sociales que impliquen la aparición de esta conducta. Las observaciones se pueden realizar en el medio natural donde se desarrolla la conducta asertiva o en medios controlados, donde se provoca su aparición por medio de representaciones.

Aunque sea un procedimiento deseable de recogida de información, la observación en situaciones naturales -- por observadores entrenados no siempre se puede llevar a cabo (Jones, Reid y Patterson, 1975; House, 1978). De hecho, en los estudios realizados, sólo se utilizan observadores para evaluar la "conducta problema" en instituciones psiquiátricas o en el ámbito familiar (King y colab., -- 1977; Jacob, 1975). La forma más frecuente de realizar registros en el medio natural es utilizar como observadores a la esposa, amigos o alguna persona del entorno familiar (Arkowitz, 1977).

La observación en un medio controlado hace referencia a la que se lleva a cabo en situaciones análogas de desarrolladas en el laboratorio o en la clínica.

En un intento de conseguir en la clínica o el laboratorio muestras representativas de la conducta asertiva del sujeto, se estructuran interacciones similares a las que acontecen en el medio natural. Para ésto se han diseñado pruebas formadas por un conjunto de situaciones que requieren una respuesta asertiva del individuo (role-play -- tests). Al sujeto se le pide que represente la escena y responda como si la interacción fuera real. La forma más usual de presentación de este tipo de pruebas es la siguiente : 1º) un narrador describe la situación donde se desarrolla la acción (ej., "son las 8 de la tarde, estás en la oficina recogiendo deprisa, pues te esperan tus amigos, cuando tu jefe se acerca y te dice...") ; 2º) otra persona representa y verbaliza la frase a la que se deberá contestar de forma asertiva (ej., "necesitaría este informe para mañana ¿sería tan amable de pasármelo a máquina antes de salir?"); 3º) el sujeto responderá a la persona que representa al modelo como si la interacción estuviera teniendo lugar en ese momento.

Una vez que el sujeto ha respondido a la situación se describe la siguiente y se representa de forma similar. Las diversas pruebas constan de 4 a 32 items. En el medio clínico el terapeuta realiza a menudo dos funciones: sirve de narrador y representa los diversos modelos, pues no existen datos que justifiquen la existencia de varias personas para la realización de la prueba. Los individuos que interactúan con los sujetos deben de ser personas entrenadas, ya que de su actuación depende el realismo de la

interacción. Según Bellack (1979), las escenas han de estar muy detalladas para que eliciten mayor número de respuestas y más personales. Las descripciones poco precisas llevan a que sea el propio sujeto el que complete esas descripciones introduciendo detalles relevantes que no están bajo control del terapeuta y que pueden alterar la situación propuesta. Además, el trabajo realizado por Hopkins, Krawitz y Bellack (1981) indica que el omitir parámetros situacionales específicos en las escenas que se han de representar puede afectar a la validez de este procedimiento de evaluación.

Estas pruebas se pueden presentar a través de una cinta grabada o de vídeo, pero después de los trabajos de Galassi y Galassi (1976) se ha comprobado que las interacciones representadas en vivo por los modelos provocan más ansiedad que las grabadas, y por tanto parecen acercarse más a la situación real.

Las respuestas dadas por los sujetos pueden evaluarse y registrarse durante la ejecución de la conducta o grabarse, bien en magnetofón o en vídeo, para posteriormente ser analizadas (Glasgow y otros, 1980). Las clasificaciones se realizan normalmente sobre una escala de Likert de 5 o de 7 puntos.

Las conductas desarrolladas en estas pruebas, denominadas también tareas conductuales, se han considerado variables dependientes en investigaciones sobre entrena-

miento en aserción por autores tales como McFall y Marston (1970); McFall y Lillesand (1971); Rathus (1972, 1973 b);- McFall y Twentyman (1973); Young y colab. (1973); Kazdin - (1974). Entre las pruebas conductuales más utilizadas en - la evaluación de la conducta asertiva se encuentran:

- "Behavior in Clinical Situations" (Weinman y - colab., 1972).
- "Behavioral Assertiveness Test" (Eisler y co-- lab., 1973 a).
- "Tape Recorded Interpersonal Situations"----- (Goldstein y colab., 1973).
- "Interaction with Experimental "Accomplice" " Gutride y colab., 1973).
- "Behavioral Assertiveness Test-Revised" ----- (Eisler y colab., 1975).
- "Interpersonal Behavior Role-Playing Test" --- (Goldsmith y McFall, 1975).

1.1.3.5.- Registros psicofisiológicos.

Los estudios del comportamiento afirmativo que han empleado registros psicofisiológicos utilizaron como índices de excitación autonómica el pulso (MacFall y Marston, 1970), tasa cardíaca y el volumen del pulso (Hersen y colab., 1978). Estas medidas se registran antes y después de la administración de los ítems en una prueba de representación conductual. En el trabajo de McFall y Marston (1970) la tasa del pulso comparada con otras medidas de la aserción, conductuales y de auto-informe, resultó ser la medida menos sensible. La investigación llevada a cabo por Hersen y colab. (1978) tuvo como resultado la aparición de cambios en las respuestas psicofisiológicas a estímulos específicos del Behavioral Assertiveness Test- Revised (Eisler y colab., 1975), pero no se encontró correspondencia entre las dos medidas, pues sus correlaciones fueron negativas y no significativas.

Existen opiniones diferentes respecto a la utilidad de las medidas psicofisiológicas en la evaluación de la conducta asertiva. Así, por ejemplo, Eisler (1976) desaconseja el empleo debido a su falta de validez en la evaluación de la conducta social. Otros autores, tales como Van Hasselt y colab. (1979) y Ballack (1979), opinan que se debe seguir investigando sobre las medidas psicofisiológicas, ya que pueden ser de utilidad para determinar el papel potencial de la ansiedad en la disfunción interpersonal; cuando la evaluación conductual no ha indicado défi

cit en conductas específicas, y cuando coexistan un "arousal" emocional alto y déficit de comportamientos.

Nosotros pensamos que, aunque no conozcamos hasta ahora respuestas específicas psicofisiológicas componentes de la conducta asertiva, su evaluación puede ser importante para discriminar una conducta no asertiva de una conducta "fóbica". Diríamos que una conducta aparentemente no asertiva es una conducta "fóbica" en aquellos casos en que exista un alto "arousal" autonómico y no se puedan --- identificar deficiencias en el repertorio conductual del sujeto, tanto a nivel de sistema de respuesta motórico como cognitivo. Es decir, existen en el repertorio conductual las respuestas asertivas pero están inhibidas en situaciones asertivas debido a ansiedad condicionada.

Finalmente, el identificar altos niveles de ansiedad que coexisten con problemas conductuales en los -- otros sistemas de respuestas de un cliente nos obliga a -- introducir, dentro del conjunto de técnicas del tratamiento, procedimientos específicos para reducir la ansiedad, -- ya que, según el estudio de Curran y Gilbert (1975), el -- entrenamiento en "habilidades sociales" sólo ha sido útil para reducir niveles de ansiedad moderados.

1.1.4.- Entrenamiento en aserción.

El entrenamiento en aserción se podría definir - como un proceso terapéutico, formado por un conjunto de -- técnicas determinadas, cuyo objetivo sería la eliminación de las conductas no-asertivas que presenta un sujeto. El - conjunto de técnicas que entraría a formar parte de él va- riará en función del modelo teórico-explicativo en que se enmarque cada "conducta-problema" del sujeto particular, y que conocemos a través de la evaluación conductual.

Frecuentemente, las técnicas que se incluyen en el entrenamiento son: ensayo de conducta, imitación, ins- trucciones, "feedback" y práctica en vivo. Los autores que utilizan este conjunto de técnicas parten del supuesto de que el individuo que no emite conductas asertivas tiene un déficit conductual, no posee en su repertorio las conduc- tas asertivas. Pero no todos los autores parten de este su- puesto, algunos sostienen que el sujeto que no emite con- ductas asertivas no es que no las posea, como en el caso - anterior, sino que están inhibidas, debido a ansiedad con- dicionada o a determinadas cogniciones erróneas o productoras de ansiedad. Por ello, introducen otras técnicas tales como la desensibilización sistemática o diversas terapias cognitivas.

Como podemos observar del conjunto de técnicas enumeradas, no existen técnicas que sólo se lleven a cabo en el entrenamiento en aserción. Todas ellas se pueden utilizar también con otros tipos de "conductas-problema".

El propósito de este apartado es poner de manifiesto las diversas formas en que se ha llevado a cabo el entrenamiento en aserción, así como las técnicas que se -- han empleado, centrándonos en los aportes que cada una de ellas ofrece al entrenamiento. Es importante resaltar que, como ya hemos puesto de manifiesto, no existe hoy en día - un concepto único de conducta asertiva. Esto, evidentemente, es importante tenerlo en cuenta a la hora de analizar y comparar los resultados de los tratamientos en los diver sos trabajos, pues cada uno se basará en supuestos distintos y buscará objetivos diversos, ya que parten de definiciones diferentes.

Por otra parte, hacemos hincapié en que no existen programas terapéuticos estándar para aplicar en un en trenamiento en aserción. No cesaremos de repetir que el en trenamiento, y por lo tanto las técnicas incluidas en él, serán aquellas relevantes y necesarias para la eliminación de la "conducta-problema" específica manifestada por el - sujeto en su evaluación. Es decir, que será la evaluación inicial del caso particular la que determinará el modelo - teórico-explicativo de ese caso individual y no presupes tos previos del terapeuta o concepciones generales acerca de la conducta asertiva.

1.1.4.1.- Formas de aplicación del entrenamiento.

El entrenamiento en aserción se ha llevado a cabo tanto de forma individual como en grupos. A primera vista, parecería que el tratamiento individual debería ser el más efectivo, ya que atendería, de forma específica, las deficiencias particulares que presenta cada sujeto. Sin embargo, hay autores (Alberti y Emmons, 1978; Lange y ---- Jakubowski, 1976) que manifiestan que el entrenamiento en grupo es más efectivo y tiene algunas ventajas sobre el individual, tales como el aumento de las fuentes de "feedback", la presión de los otros miembros del grupo, posibilidad de practicar las respuestas asertivas con mayor número de personas, etc. Sin embargo, en el trabajo llevado a cabo por Linehan y colab. (1980), donde se comparó la eficacia del tratamiento en grupos e individual para incrementar la conducta asertiva y reducir el grado de malestar que experimentaban los sujetos en situaciones asertivas, se concluye que ambas modalidades fueron efectivas, no habiendo diferencia entre ellas en ninguna de las medidas del resultado del tratamiento.

El número de sujetos que entran a formar parte de los grupos, así como el número de terapeutas que se necesitan para el entrenamiento, varía de unos casos a otros. En las terapias individuales se suele utilizar un solo terapeuta, aunque puede tener ayudantes para los ensa

yos de conducta. En la mayoría de los entrenamientos en -- grupo existen dos terapeutas, pues se parte del supuesto - de que facilitan el proceso seguido por el grupo, incremen- tan el número de modelos a imitar, las fuentes de "feed--- back" y el número de personas que estimulan en los "role-- playing" (Alberti y Emmons, 1978; Lange y Jakubowski, ---- 1967; Curran, 1979 b). En el ensayo de conducta, Wood ---- (1978) investigó el efecto que se produce en la adquisi--- ción de la conducta asertiva al variar el número y el tipo de ayudantes. El trabajo se llevó a cabo en grupos de esco- lares no-asertivos. Los ensayos de conducta se realizaron según los grupos, con compañeros, padres y profesores. La diferencia del resultado del tratamiento entre los grupos fue mínima. Sin embargo, en algunas medidas, el grupo de - sujetos que había entrenado en aserción ante profesores in- crementó la conducta asertiva en las relaciones profesor-- alumno más que los otros grupos, que no habían entrenado - con profesores.

El número de sujetos que entran a formar parte - de los programas de entrenamiento en grupo es fluctuante. En términos generales, se considera que los grupos deben - ser pequeños, aunque no inferiores a 5-7 personas pues per- dería las ventajas de ser un grupo, ni mayores de 10-15, - ya que es difícil mantener implicados en las actividades a un número elevado de sujetos.

Otra dimensión que varía en los programas de entrenamiento en aserción es el número de sesiones necesarias para completarlos. Estas pueden ir desde un mínimo de 2 y 4 sesiones (Wolfe y Fodor, 1977; Eisler, Hersen y Miller, 1973 a) a 30 o más (Lomont y colab., 1969). Evidentemente el número de sesiones debe de venir marcado por la complejidad del problema que presente el cliente, tal como se refleje en la evaluación.

1.1.4.2.- Técnicas utilizadas.

Con respecto a las diversas técnicas utilizadas en el tratamiento de la conducta no asertiva, el conjunto formado por ensayo de conducta, imitación, instrucciones, "feedback" y prácticas en vivo ha resultado ser efectiva para sujetos no asertivos en los trabajos llevados a cabo con mujeres universitarias (Rathus, 1972), grupos mixtos de hombres y mujeres universitarios (Galassi y colab., 1974 a), adultos, hombres y mujeres (Schinke y Ross, 1976), con esquizofrénicos (Finch y Wallace, 1977), así como con sujetos agresivos (Rimm y colab., 1974). Estas técnicas han sido estudiadas por separado, analizando los efectos específicos que aportan cada una de ellas a la efectividad del entrenamiento en aserción.

1.1.4.2.1.- Ensayo de conducta e instrucciones.

Se denomina ensayo de conducta, en el entrena---
miento en aserción, a la técnica donde el sujeto practica
la respuesta asertiva en una situación "problema". Esta se
representa, a través de "role-playing", con el terapeuta u
otras personas. Se repetirá la representación tantas veces
como sea necesario, hasta que el cliente aprenda a dar res
puestas asertivas en esa situación. Llamamos instrucciones,
en cuanto a procedimiento terapéutico, a las descripciones
explícitas que ofrece el terapeuta u otras personas de lo
que constituye una conducta asertiva en una situación pro-
blema particular.

Ambas técnicas han sido utilizadas con éxito por
McFall y Lillesand (1970, 1971) y McFall y Marston (1970).
Los trabajos realizados por McFall y Twentyman (1973) y --
Turner y Adams (1977) demostraron que son independientes y
que sus efectos se suman en el entrenamiento en aserción.

1.1.4.2.2.- Imitación.

El sujeto debe observar, directamente o a través de una grabación magnetofónica o de vídeo, cómo una persona que actúa como modelo ejecuta la conducta asertiva. De este modo se intenta que el cliente aprenda de forma vicaria la conducta observada.

Los estudios que comparan la efectividad del entrenamiento en aserción al introducir la imitación de la respuesta son equívocos. McFall y Twentyman (1973) informaron que la efectividad del tratamiento no aumentaba al añadir imitación, grabada en magnetofón o vídeo, al ensayo de conducta, ni a las instrucciones o a la combinación de los dos. En los trabajos desarrollados por Hersen, Eisler y Miller, encontraron que se incrementaba significativamente la efectividad del entrenamiento en aserción cuando se aplicaba la imitación, a través de vídeo, además de ensayo de conducta (Eisler y colab., 1973 a), y al conjunto de ensayo de conducta más instrucciones (Hersen y colab., 1973 a, b). Estos resultados coinciden con los presentados por Fehrenbach y Thelen (1981), donde al aplicar imitación, a través de magnetofón, junto con ensayo de conducta e instrucciones se obtuvieron resultados más eficaces que al utilizar ensayo de conducta e instrucciones sólo. Además, Friedman (1968) también había establecido que el procedimiento de imitación resultaba ser tan efectivo para in

crementar la conducta asertiva como el ensayo conductual -- solo, aunque la unión de ambos fuera superior a cada uno -- de ellos por separado.

1.1.4.2.3.- "Feedback".

Antes de utilizar el "feedback" como componente del conjunto de técnicas utilizadas en el entrenamiento -- asertivo intentaremos explicar qué significa el término en este campo. Se denomina "feedback" a la información que se da al sujeto sobre su comportamiento en una situación asertiva. Se puede proporcionar al sujeto esta información verbalmente o por medio de registros en magnetofón o vídeo de su comportamiento manifestado en una situación de "role---playing". La forma más completa de dar "feedback" es a través del vídeo, pues el sujeto observa su propia conducta a la vez que recibe la información.

Este procedimiento se utiliza en casi todos los entrenamientos. Sin embargo, en la mayoría de los estudios no está separado el "feedback" de las instrucciones y re--fuerzos contingentes que el terapeuta da a las respuestas del sujeto. Por este problema de diseño no está claro si -- el "feedback" solo contribuye a la efectividad del trata--miento. En los estudios donde se han comparado tratamien--

tos con o sin "feedback" (McFall y Marston, 1970; Gormally y colab., 1975 y Melnick y Stocker, 1977) se llegó a la -- conclusión de que no era de gran ayuda para la efectividad del tratamiento el que el sujeto escuchase o viese el re-- gistro de su conducta.

Tampoco se ha estudiado de forma específica la - efectividad del reforzamiento de la respuesta en el entre- namiento asertivo. Los únicos trabajos que tratan sobre es- te tema son los de Kazdin (1974, 1976), donde comparó la - técnica de imitación encubierta con y sin refuerzo (los in- dividuos imaginaban modelos que se comportan asertivamente y eran o no reforzados). En los dos trabajos se concluyó que al introducir el refuerzo se incrementaba la efectivi- dad del tratamiento. Aunque no esté estudiado de forma ex- plicita el papel del refuerzo contingente como un componen- te más del entrenamiento, está suficientemente demostrado su poder en la adquisición de comportamientos. Sin embar-- go, pensamos que aunque no esté considerado como un elemen- to aislado, el refuerzo parece estar implícito en la apli- cación de las técnicas como pueda ser en el ensayo de con- ducta o en la administración de "feedback".

1.1.4.2.4.- Procedimientos encubiertos.

Se ha intentado comparar la eficacia de la realización, en vivo o en forma encubierta, del ensayo de conducta y la imitación. El ensayo de conducta encubierto se diferencia del manifiesto o en vivo en que el sujeto se -- imagina a sí mismo comportándose de forma asertiva en la - situación determinada, identificada como problema. En el - procedimiento de imitación encubierta el cliente se imagina cómo una persona, que actúa como modelo, se comporta - de forma asertiva.

McFall y Lillesand (1971) informan que el ensayo de conducta encubierto es más efectivo para incrementar las respuestas asertivas que el ensayo conductual manifiesto. Otros trabajos, McFall y Twentyman (1973) y Kazdin --- (1974, 1976) afirman que el ensayo de conducta y la imitación son igual de efectivos cuando se realizan de forma encubierta o manifiesta.

Además, Kazdin (1982) informa que el ensayo de - conducta manifiesto es igual de efectivo que la imitación encubierta para desarrollar la conducta asertiva, aunque - la combinación de ambos fuera superior a cada uno de ellos por separado.

1.1.4.2.5.- Desensibilización sistemática.

Como ya hemos dicho anteriormente, otros trabajos han intentado establecer la efectividad de diversas técnicas para incrementar la conducta asertiva. Así, autores como Weinman (1972), Thorpe (1975), y Trower y colab. (1978), partiendo del supuesto de que la conducta asertiva se inhibe debido a ansiedad condicionada, han introducido la desensibilización sistemática. Los resultados de los estudios indican que aunque esta técnica puede ser efectiva no lo es tanto como el conjunto de procedimientos utilizados en la adquisición de la respuesta asertiva.

De la revisión de los estudios anteriores podemos deducir que no existen resultados totalmente concluyentes. Además la desensibilización sistemática no resulta ser más eficaz que las técnicas dirigidas a proveer al sujeto de respuestas asertivas. Sin embargo, desde puntos de vista diferentes, se considera que la respuesta asertiva puede estar inhibida, debido a cogniciones erróneas o productoras de ansiedad y, por ello, sería necesario introducir procedimientos cognitivos en el entrenamiento en aserción (Lange y Jakubowski, 1976; Rich y Schoeder, 1976; --- Schwartz y Gottman, 1976; Linehan, 1979). Este aspecto va a suponer un cambio importante en la manera de abordar el tratamiento del comportamiento no asertivo, al implicar un desplazamiento de las respuestas que se consideran priori-

tarias, que pasarían de ser las motóricas o psicofisiológicas a ser las respuestas cognitivas.

No obstante, antes de desarrollar este punto y analizar hasta dónde puede ser relevante para mejorar la eficacia del entrenamiento en aserción la introducción -- del control de variables cognitivas, revisaremos brevemente la aparición de las terapias de conducta cognitivas en el desarrollo de la terapia de conducta, centrándonos en aquéllas que han alcanzado una mayor relevancia.

1.2.- Terapia de conducta cognitiva.

Se puede considerar que el desarrollo de las teorías cognitivo-conductuales es una consecuencia de los cambios aparecidos en los modelos del campo de la psicología de la conducta y del gran impulso que se está dando a las teorías cognitivas fuera de este marco.

Restringiendo el análisis al área de la psicología clínica, podríamos tener en cuenta que aunque había una tradición cuasi-cognitiva por parte del psicoanálisis y de la terapia gestalt-existencial, esto no creó las bases para la interacción. La unión conductual-cognitiva se debió tanto al interés mostrado por los teóricos de la conducta por las respuestas internas como al impacto e influencia de psicólogos clínicos como Kelly (1955), Rotter (1954), Beck (1963) y Ellis (1962).

Analizando brevemente la evolución de la terapia de conducta, los años sesenta son años clave para su reconocimiento y evolución. En primer lugar, se acepta y populariza la desensibilización sistemática como técnica de tratamiento de las conductas de evitación y miedo. Con el

análisis empírico de la desensibilización sistemática se - amplía el paradigma del condicionamiento operante y se van agregando paulatinamente técnicas tales como la imitación, las instrucciones y la utilización de elogios verbales en combinación o sustitución de las recompensas tangibles utilizadas anteriormente. Además, la aparición en escena de los estudios sobre autocontrol dió lugar a la aceptación - dentro del marco teórico de un "determinismo recíproco", - en contraposición al "determinismo ambientalista", que enfatiza la continua y compleja interacción causal entre el organismo y su ambiente (Bandura, 1969, ; Thoresen y Mahoney, 1974).

Por otra parte, el trabajo de Homme (1965) dió - como resultado un buen número de estudios dedicados a evaluar los "acontecimientos privados", ignorados anteriormente. Homme mantenía que los pensamientos podían ser analizados funcionalmente y modificados mediante una extrapolación de los principios que estaban rigiendo en la terapia de conducta para la modificación de las respuestas motoras. Argumentaba que estos "hechos privados" no eran totalmente inobservables, ya que podían ser escrutados por la persona que los experimentaba y ofrecía un modelo de cómo llevar a cabo el "control encubierto o interno". Esta publicación originó numerosos estudios sobre la aplicación de los principios del condicionamiento a los "acontecimientos internos", entre los que destacan los realizados en ese período por Cautela (1966, 1967).

Con la introducción del "condicionamiento encubierto" se produjo un cambio explícito en algunos tratamientos de conducta hacia modelos de cambio de conducta cognitivo y de procesamiento de la información. Este desenlace fue anunciado por Bandura (1969) al manifestar que los procesos básicos del cambio de la conducta incluían mecanismos centrales simbólico-cognitivos. Además de las teorías de Bandura, los terapeutas de conducta encuentran de interés otras teorías paralelas de figuras influyentes, tales como Estes (1971), Lazarus (1971), Goldfried (1971), Kanfer (1971) y Mischel (1973) y aparecen invitaciones explícitas a la fusión conductual-cognitiva por parte de autores como Beck (1970 a), Blackwood (1970, 1972), Ellis (1969, 1973) o Meichenbaum (1972 b).

De este modo, en un corto período de tiempo los temas y términos cognitivos llegaron a tener un papel predominante en la investigación conductual y los terapeutas de conducta comenzaron a explorar la relevancia de la psicología cognitiva para la práctica clínica: el repertorio tradicional de las técnicas terapéuticas se amplió para dar cabida a procedimientos como los englobados bajo la denominación de entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones ("coping skills"), que se centran en el entrenamiento en resolución de problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971; Mahoney, 1977; Mahoney y Mahoney, 1976 a, 1976 b; Spivack y Shure, 1974), la teoría de la atribución comenzó a jugar un papel importante en las conceptualizaciones clí-

nicas (Bem, 1970; Kopel y Arkowitz, 1975; Lefcourt, 1976; Rotter, Chance y Phares, 1972) y la investigación desarrollada sobre las autoverbalizaciones dió como resultado una variedad de procedimientos clínicos (Meichenbaum, 1974 , 1977). Además, la investigación animal sobre la "indefensión aprendida" (Seligman, 1975) se introdujo en la teoría cognitiva de la depresión y el papel de las cogniciones en las alteraciones psicopatológicas fue adquiriendo un reconocimiento cada vez mayor (Beck, 1970 a, b; 1971, 1976).

1.2.1.- Modelos conductuales cognitivos.

Actualmente la perspectiva conductual cognitiva aparece como una amalgama de principios y procedimientos - que aún no han sido formalizados en un modelo. A pesar de las diferencias existentes entre los diversos enfoques y - procedimientos, Mahoney y Arnkoff (1978) ponen de relieve que existen unas concepciones comunes entre todos ellos. - Estas podrían concretarse de la siguiente manera:

- 1) "Los humanos desarrollan conductas ~~adaptadas~~-desadaptadas y patrones afectivos a través de procesos cognitivos (atención selectiva, codificación simbólica, etc.).

- 2) Estos procesos cognitivos pueden ser activa-- dos funcionalmente mediante procedimientos -- que son generalmente isomórficos con los del laboratorio de aprendizaje humano (aunque pue de haber otros procedimientos que activan tam bién los procesos cognitivos).
- 3) La tarea a desarrollar por el terapeuta es la de un diagnosticador-educador que evalúa los procesos cognitivos desadaptados y posterior-- mente dispone experiencias de aprendizaje que alterarán las cogniciones y los patrones de - conducta y afecto que estén relacionados con ellos". (Mahoney y Arnkoff, 1978, pp. 692).

Del mismo modo, estos autores también identifi-- can tres grandes grupos de terapias cognitivas: terapias - de reestructuración cognitiva, terapias de habilidades pa- ra afrontar situaciones ("coping skills") y terapias de re solución de problemas (Tabla 1.2.1-1).

Dentro de las terapias de reestructuración cogni tiva, la más antigua y prominente es la Terapia Racional - Emotiva (T.R.E.) de Ellis (1962). De acuerdo con este ---- autor, la causa fundamental de los trastornos emocionales será la interpretación irracional de la realidad objetiva. Identifica un conjunto de ideas o auto-manifestaciones --- irracionales y considera como objetivo de la terapia ayu-- dar al cliente a reconocer las ideas irracionales y de --- auto-derrota y reemplazarlas por pensamientos racionales - más constructivos (Ellis, 1970).

Tabla 1.2.1.1.-1 : Terapias Conductuales Cognitivas
(Tomada de Mahoney y Arnkoff, 1978)

Reestructuración Cognitiva	Terapias de Habilidades para Afrontar Situaciones (Coping Skills)	Terapias de Resolución de Problemas (Problem Solving)
Terapia racional emotiva (T.R.E.) (Ellis, 1962)	Imitación encubierta (Cautela, 1971; Kazdin, 1973)	Resolución de problemas conductuales (D'Zurilla y Goldfried, 1971)
Auto-instrucción (Meichenbaum, 1974)	Entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones (Goldfried, 1971)	Terapia de resolución de problemas (Spivack y Shure, 1974; Spivack, Platt y Shure, 1976)
Terapia cognitiva (Beck, 1970, 1976)	Entrenamiento en el manejo de la ansiedad (Suinn y Richardson, 1971)	Ciencia personal (Mahoney, 1974, 1977)
	Inoculación de stress (Meichenbaum, 1975c)	

El método terapéutico consta de los siguientes pasos: 1) Persuasión verbal dirigida a convencer al cliente de las premisas básicas de la T.R.E., 2) Identificación de los pensamientos irracionales a través de la auto-observación y registro y del "feedback" del terapeuta, 3) Enfrentamiento directo del terapeuta contra las ideas irracionales del cliente y reinterpretación racional de los acontecimientos perturbadores, 4) Repetición de ensayos cognitivos, con el objeto de sustituir las interpretaciones irracionales por auto-manifestaciones racionales y 5) Realización de tareas conductuales diseñadas para desarrollar reacciones racionales en lugar de los supuestos irracionales y productores de angustia.

La segunda variación de las terapias de reestructuración cognitiva es el Entrenamiento en Auto-instrucción (Meichenbaum, 1974). Este enfoque terapéutico se formó a partir de dos fuentes principales: 1) La T.R.E., y en especial el énfasis puesto en el habla irracional interna como la causa de las perturbaciones emocionales y 2) las teorías de Luria (1961) sobre la secuencia del desarrollo del habla interna de los niños, que establece que la conducta de los niños está regulada en un primer momento por las instrucciones de otras personas, adquiriendo un control propio paulatinamente mediante la utilización de auto-instrucciones verbalizadas, para pasar, finalmente, a la interiorización de las auto-instrucciones.

El Entrenamiento en Auto-instrucción consta de los siguientes pasos: 1) Entrenar al cliente a identificar las auto-manifestaciones desadaptadas, 2) modelar la conducta apropiada mientras se verbalizan estrategias de acción efectivas. Entre estas verbalizaciones se incluyen : valoración de las tareas que son necesarias realizar, auto-instrucciones que guíen la ejecución de forma gradual, --- auto-instrucciones que den énfasis a la adecuación personal y que actúen en contra de los comportamientos considerados problema y auto-refuerzo interno por el éxito de la ejecución y 3) ejecutar la conducta objetivo del tratamiento -- mientras se está verbalizando en voz alta las auto-instrucciones apropiadas, para verbalizarlas, posteriormente, internamente. El "feedback" del terapeuta durante esta fase ayuda a asegurar que las auto-manifestaciones adecuadas para la resolución de los problemas reemplazan a las cogniciones anteriores que provocaban ansiedad.

El tercer enfoque incluido dentro de la reestructuración cognitiva es el desarrollado por Beck (1970 a, 1976), al que se denomina Terapia Cognitiva. Trabajando independientemente de Ellis, Beck quiso demostrar la importancia de los pensamientos y las fantasías irracionales - en la depresión (Beck, 1963). La investigación clínica que realizó le llevó a postular patrones de cogniciones irrelevantes que son comunes a varios **síndromes** clínicos (Beck, 1976). Considera que procesos tales como la atención selectiva, la magnificación y la inferencia arbitraria (ilógica) son resultado de un esquema cognitivo que varía en -

sus temas generales. Así, para cada trastorno neurótico sugiere distintos contenidos ideacionales.

El objetivo de la Terapia Cognitiva, al igual -- que el de la T.R.E. y los Métodos de Auto-instrucción, es desarrollar patrones de pensamiento adaptados y racionales. La Terapia Cognitiva va encaminada a lograr los siguientes objetivos: 1) que los clientes conozcan sus pensamientos, 2) que aprendan a identificar los pensamientos distorsionados o inadecuados, 3) que los pensamientos inadecuados sean reemplazados por cogniciones más objetivas y adecuadas y - 4) que el terapeuta administre "feedback" y refuerzo como parte necesaria del proceso.

El segundo gran bloque de terapias cognitivas -- identificado por Mahoney y Arnkoff es el formado por las - Terapias de Habilidades para Afrontar Situaciones ("Coping Skills"). La dimensión crítica que caracteriza los diver-- sos métodos que están inmersos en este apartado es que el individuo lucha contra los acontecimientos productores de malestar. Las terapias de habilidades para afrontar situa-- ciones más que presentar innovaciones técnicas tienden a - enseñar una utilización distinta de métodos que ya existían. Algunos ejemplos podrían ser la imitación encubierta (Cau-- tela, 1971, Kazdin, 1973), la modificación de la desensibilización sistemática (Goldfried, 1971), el entrenamiento - en el manejo de la ansiedad (Suin y Richardson, 1971) y la inoculación de stress (Meichenbaum, 1975 c).

El último grupo estaría formado por las Terapias de Resolución de problemas. Como en el caso de las anteriores, esta teoría abarca un conjunto heterogéneo de principios y procedimientos que se solapan considerablemente con otros enfoques cognitivos y no cognitivos. La literatura relevante es dispersa (D'Zurilla y Goldfried, 1971; ----- Spivack y Shure, 1974; Spivack, Platt y Shure, 1976; ----- Mahoney, 1974, 1977), con pocas aplicaciones clínicas formales y poca confirmación empírica.

De todas las terapias cognitivo-conductuales enun-meradas las que han tenido mayor desarrollo, más aplica---ción y han suscitado mayor investigación son la T.R.E. de Ellis y los Métodos de Auto-instrucción de Meichenbaum. - Por ésto, nos centraremos en ellas para analizarlas con --detenimiento, con vistas a que nos sirvan de guía a la hora de considerar la alteración de las variables cognitivas que puedan afectar a la emisión de las conductas no aser--tivas.

1.2.2.- Terapia Racional-Emotiva.

La pionera de las terapias de reestructuración -- cognitiva ha sido la Terapia Racional-Emotiva. Fundada por Ellis, a comienzos de la década de los sesenta, ha logrado alcanzar una gran popularidad. A lo largo de su desarrollo, ha sufrido una serie de transformaciones hasta alcanzar sus formulaciones actuales, que derivan hacia posiciones cognitivo-conductuales (Ellis, 1962, 1974; Ellis y Harper, 1975; Ellis y Grieger, 1977 a).

1.2.2.1.- Premisas básicas. Esquema A-B-C.

La Terapia Racional-Emotiva (TRE) parte de la -- premisa fundamental de que los causantes de las perturba-- ciones emocionales son las creencias irracionales de los individuos que las padecen y su forma de comportarse respecto a ellas.

Aunque cada individuo puede tener ideas irracionales y filosóficas peculiares, todas ellas se pueden agrupar en un número reducido de categorías generales. Son estas ideas irracionales "núcleo" las que están en la raíz -- de la mayor parte de las perturbaciones emocionales. Por --

lo tanto, deberán indagarse en cada caso para hacerlas explícitas a la persona perturbada y enseñarle la manera de poder abandonarlas.

Una manera clara de ilustrar esta premisa básica es exponer el esquema A-B-C (Ellis, 1974; 1977 a; Ellis y Harper, 1975). Este esquema representa las reacciones emocionales y conductuales de los individuos, partiendo de la teoría central de que las cosas que ocurren no son las que perturban sino la opinión que las personas tienen sobre -- ellas. Siguiendo este esquema: A (Acontecimiento Activa---dor) no causa directamente C (Consecuencia emocional y conductual), sino que C es causada por B (Creencias acerca de A). Una experiencia de la vida real ocurre en el punto A y se reacciona ante ella en el punto C. Como C sigue casi inmediatamente y de forma directa a A, se tiende a pensar -- que A causa C. La TRE afirma que esta secuencia no se si---gue necesariamente, ya que C no proviene necesariamente de A sino de B. La TRE afirma que los Acontecimientos Activa---dores (A) no hacen que se tengan consecuencias emocionales o conductuales (C) sino que es el individuo el que produce sus propias consecuencias, debido a su sistema de creen---cias (B).

Ellis entiende por valores básicos y creencias -- la forma en que se interpretan o consideran los aconteci---mientos que ocurren. Por tanto, el individuo a través de -- sus valores básicos, sus creencias y las acciones que se -- realizan en función de ellas puede controlar, en gran medi

da, sus reacciones emocionales y conductuales.

En una primera formulación, Ellis agrupa en torno a 10 todas las ideas irracionales básicas de la civilización occidental actual (Ellis, 1962, 1975; Ellis y -- Harper, 1975). Estas serían las siguientes:

- 1) La idea de que es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por, prácticamente, cada persona significativa de su comunidad.
- 2) La idea de que para considerarse a sí mismo - valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de ~~lograr~~ cualquier cosa en todos los aspectos posibles.
- 3) La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
- 4) La idea de que cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.
- 5) La idea de que si algo es o puede ser peli---groso o terrible se deberá uno sentir terriblemente inquieto por ello y deberá pensar -- constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.

- 6) La idea de que invariablemente existe una solución precisa, concreta y perfecta para los problemas humanos y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe.
- 7) La idea de que la desgracia humana se origina por causas externas y que la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones.
- 8) La idea de que es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
- 9) La idea de que la historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual y que algo que ocurrió alguna vez y le conmovió debe seguir afectándole indefinidamente.
- 10) La idea de que se puede lograr la felicidad por inercia y sin hacer nada o "divertirse" solo y pasivamente.

Sin embargo, estas ideas irracionales son englobadas, más tarde (Ellis, 1977 a), en tres nociones básicas:

- 1a) "Tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación por mi forma de actuar o, de lo contrario, considero que estoy podrido";
- 2a) "Tu debes actuar de forma agradable, considerada y justa conmigo o, de lo contrario, --eres un canalla";
- 3a) "Las condiciones en que vivo deben seguir --siendo buenas y fáciles, para que pueda con seguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo e incomodidad o, de lo contrario, el mundo se convierta en despreciable y la vida casi no merece vivirla".
(Ellis, 1977 a, p. 24)

Para Ellis, cualquier perturbación emocional imaginable estará relacionada, con una gran probabilidad, con alguna de estas creencias irracionales.

1.2.2.2.- Procedimiento terapéutico.

De lo hasta ahora expuesto es fácil deducir que el objetivo de la TRE sea la alteración de las creencias irracionales básicas del paciente. No obstante, es conveniente pasar a detallar cuales serán los pasos a seguir dentro de la terapia. Ellis (1974, 1977 a) propone cuatro grandes fases dentro de la terapia: 1) Explicación del esquema A-B-C, es decir, cómo las personas crean y destruyen sus perturbaciones, 2) Detección de las ideas irracionales, 3) Debate, distinción y discusión de las creencias irracionales y 4) Consecución de un nuevo efecto o filosofía.

1.2.2.2.1.- Explicación del esquema A-B-C.

Como ya hemos mencionado, a través de este esquema Ellis explica el proceso de perturbación emocional. Así, de acuerdo con él A será alguna experiencia de la vida real; B indicará pensamientos irracionales que la experiencia anterior puede suscitar y C se corresponderá con el malestar emocional producido por la percepción del acontecimiento.

En la figura 1.2.2.2.1-1 puede verse una hoja - de registro que muestra gráficamente la teoría básica de - la TRE y que resulta de gran ayuda en el entrenamiento.

Una vez que se asume esta explicación se aumenta rá la capacidad de control de las emociones, pudiendo pa- sarse a la siguiente fase.

1.2.2.2.2.- Detección de las ideas irracionales.

Entiende Ellis por irracionalidad cualquier pen- samiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuen- cias contraproducentes y auto-destructivas, que se inter- fiere de forma importante en la supervivencia y felicidad del organismo (Ellis, 1977 a).

Para averiguar las ideas irracionales que subya- cen a la perturbación emocional de un individuo, es neces^a rio buscar las afirmaciones imperativas y exigentes con -- uno mismo (exigencias o imperativos internos) para conse- guir algo que se quiere, debe, necesita o desea de forma - absoluta e imprescindible. Para encontrar estos imperati- vos internos el individuo deberá revisar sus debería ... , tengo que ... y las afirmaciones no empíricas e irreales.

Tabla 1.2.2.2.1-1: Formulario de auto-ayuda racional. (Tomado de Ellis, A. y Grieger, R., 1977)

Instrucciones: Por favor rellena primero las CEI (Consecuencias Emocionales Indeseables) y las CCI (Consecuencias Conductuales Indeseables). Luego rellena todos los A-B-C. Por favor escribe con claridad. ¡Se breve!

<p>(A) EXPERIENCIAS ACTIVADORAS (O HECHOS)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<p>(B) CREENCIAS ACERCA DE LAS EXPERIENCIAS ACTIVADORAS</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>(Cr) Creencias racionales (tus deseos)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> </div> <div style="width: 45%;"> <p>(Ci) Creencias irracionales (tus exigencias)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> </div> </div>	<p>(C) CREENCIAS ACERCA DE LAS EXP. ACTIVADORAS</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>(Ced) Cons. emocionales deseables (malos sentimientos apropiados)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> </div> <div style="width: 45%;"> <p>(Ccd) Cons. conductuales deseables (conductas deseables)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <p>(Cei) Cons. emocionales indeseables (sentimientos inapropiados)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> </div> <div style="width: 45%;"> <p>(Cci) Cons. conductuales indeseables (conductas indeseables)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> </div> </div>
--	--	--

(D) DISPUTAR O DEBATIR TUS CREENCIAS IRRACIONALES
(hazlo en forma de preguntas)

(E) EFECTOS DE DISPUTAR O DEBATIR TUS CREENCIAS IRRACIONALES

<p>(Ec) Efectos cognitivos de debatir (similares a las creencias racionales)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<p>(Ee) Efectos emocionales (sentimientos apropiados)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<p>(Ec) Efectos conductuales (conductas deseables)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
---	--	---

También las creencias irracionales nacen de la -
tendencia del sujeto a ver el mundo algo deformado y hacer
afirmaciones anti-empíricas, acerca de lo que ha ocurrido
o probablemente ocurrirá, que apenas tienen validez (su---
pra-generalizaciones sacadas de los datos que se observan,
que distorsionan la realidad).

Una vez que se encuentran las exigencias inter--
nas se está en condiciones de poder buscar la manera de --
pensar irracional. Para poder descubrirla se deberán revi-
sar las que Ellis (1977 a) denomina cuatro formas principa
les de irracionalidad: 1) Pensar que alguien o algo debe--
ría, sería necesario o tiene que ser distinto de lo que -
es, 2) calificar de horrenda, terrible, horrorosa esta si
tuación, 3) pensar que no es posible sufrir, soportar o to-
lerar a esta persona o cosa y afirmar que no debería ha--
ber sucedido así y 4) ante los errores cometidos, afirmar
que el que lo comete merece reprobación y puede calificár
sele de canalla, podrido y despreciable.

1.2.2.2.3.- Debate, distinción y discusión de las
ideas irracionales.

Cuando han quedado puestas de relieve las creencias irracionales se procederá a su eliminación. El modo de lograrlo es a través de su discusión, principal enfoque terapéutico de la terapia racional-emotiva. El método seguido para debatir es el lógico-empírico de cuestionar, poner en tela de juicio y debatir científicamente. Para discutir y deshacer las creencias erróneas se utilizan preguntas retóricas que susciten el debate. Esto implica una discusión interna entre las creencias racionales e irracionales (Ellis, 1974, 1977 a).

Uno de los objetivos del debate es el de distinguir y hallar diferencias claras entre: lo que se quiere y lo que se necesita; los deseos y las exigencias (imperativos); las ideas racionales y las irracionales; los resultados indeseables de los insoportables; los inconvenientes de los horrores y las conclusiones lógicas de las ilógicas.

Realizadas estas distinciones, se deberá concluir el debate con la redefinición semántica de las creencias irracionales, que evitará las suprageneralizaciones y ayudará a mantener al individuo más cerca de la realidad.

1.2.2.2.4.- Consecución de un nuevo efecto o filosofía.

El resultado final de la TRE es el conseguir un nuevo efecto o filosofía que permita a los individuos pensar de un modo casi automático y de forma más lógica sobre uno mismo, los demás y el mundo. Esta fase será la última del proceso porque, debido a la consecución de un nuevo -- efecto cognitivo o nueva filosofía, el sujeto llega a de-- sarrollar un efecto emotivo o conductual nuevo.

Un análisis de los componentes del procedimiento terapéutico de la TRE presenta, según Mahoney y Arnkoff -- (1978), los siguientes elementos:

- 1) Instrucciones directas y persuasión de las - premisas básicas de la TRE (los pensamientos irracionales juegan un papel importante en el malestar subjetivo)
- 2) Recomendaciones para vigilar los propios pa-- trones de pensamiento.
- 3) Imitación de un modelo que realiza una evalua-- ción racional y una modificación de los patro-- nes de pensamiento personal.
- 4) "Feedback" sincero (positivo y negativo) de - los cambios que aparecen en los patrones de -

pensamiento y auto-evaluación.

- 5) Aplicaciones de ejecución y tareas de ensayo para mejorar la discriminación y evaluación de cogniciones relevantes para la ejecución.

1.2.2.3.- Estudios experimentales.

Se han llevado a cabo diversos trabajos para comprobar los presupuestos teóricos en los que se sustenta la TRE y su eficacia como procedimiento terapéutico. De entre ellos, los principales aparecen recogidos en las revisiones de Ellis (1977 b), DiGiuseppe y Miller (1977) y --- Rachman y Wilson (1980).

Según los datos ofrecidos por Ellis (1977 b), los principales presupuestos de la TRE han sido confirmados a través de los estudios realizados a partir de los años sesenta. En su revisión presenta 987 referencias que apoyan sus hipótesis, afirmando además que más del 90% de los trabajos publicados sobre la TRE apoyaban su teoría, mientras que solamente menos del 10% presentaban resultados equivocados o negativos.

Sin embargo, en el trabajo de Rachman y Wilson (1980) aparecen datos que no concuerdan con los expuestos

por Ellis. En primer lugar, el porcentaje de investigaciones que resultan favorables a los supuestos básicos de la TRE no parece ser tan abrumador, sino que desciende considerablemente. Así, aunque existen datos que apoyan la hipótesis de que los pensamientos y auto-manifestaciones pueden elicitar arousal emocional (May, 1977; Rimm y Litvak, 1969), otras investigaciones concluyen que la relación entre cognición y arousal emocional es algo más compleja de lo que apunta Ellis (Rogers y Craighead, 1977; Lapointe y Harrell, 1978).

Rogers y Craighead (1977) se centraron en la indagación del supuesto básico de que pensamientos negativos específicos median en los estados emocionales. En su investigación tomaron diversas respuestas fisiológicas de los sujetos (tasa cardíaca, conductancia de la piel y volumen del pulso del dedo) mientras repetían cognitivamente ---- auto-manifestaciones referentes a problemas personales. Estas manifestaciones podían ser positivas, negativas o neutras y variaban en torno a la discrepancia respecto a las creencias personales sobre sí mismo. Los resultados mostraron que no había diferencias significativas entre las --- auto-manifestaciones positivas, negativas y neutras de -- acuerdo con las medidas de las respuestas fisiológicas. Sóloamente aparecieron diferencias significativas en la interacción entre la valencia y la discrepancia de las auto-manifestaciones, provocando las auto-manifestaciones negativas de discrepancia moderada más arousal que las auto-manifestaciones positivas de discrepancia moderada.

Laponte y Harrell (1978) estudiaron, a su vez, las relaciones entre cogniciones específicas y estados afectivos particulares y encontraron, en contraposición a los supuestos básicos de la TRE, que existían pocas correlaciones significativas entre ellos. En sus conclusiones sugieren que se debe buscar las relaciones entre pensamientos y estados emocionales en las variables situacionales e individuales específicas.

Respecto a las ideas irracionales concretas señaladas por Ellis como responsables de las perturbaciones emocionales, aparecen también discrepancias en las investigaciones. Mientras trabajos como los de Goldfried y Sobocinski (1975) confirman las hipótesis de Ellis y, en alguna medida, Alden y Safran (1978), la investigación de Craighead, Kimball y Rehak (1979) no arrojó resultados en la misma dirección.

Goldfried y Sobocinski (1975) encontraron que la tendencia a mantener las ideas irracionales propuestas por Ellis correlacionaba con diversas formas de ansiedad. Alden y Safran (1978), evaluando estas mismas ideas irracionales en un grupo de no asertivos, comprobaron que los sujetos que las asumían se describían como más asertivos y con mayor grado de malestar, en las situaciones que requerían aserción, que los sujetos que no las asumían, aunque de hecho resultaban menos asertivos en la representación de una tarea conductual de aserción.

En la serie de trabajos realizados por Craighead, Kimball y Rehak (1979) los sujetos que puntuaban alto en irracionalidad emitían, significativamente, más auto-manifestaciones auto-referentes negativas, mientras visualizaban escenas de rechazo social, que los sujetos que puntuaban bajo en irracionalidad. Sin embargo, no aparecieron diferencias con respecto a las auto-manifestaciones positivas ni a los auto-informes de arousal emocional o fisiológico.

Para terminar con los estudios referentes a la -- evidencia empírica de los supuestos básicos de la TRE, solamente ~~señalaremos~~ que no hay evidencia clara de que la mayoría de los neuróticos comparten las ideas irracionales descritas por Ellis (Wilson y O'Leary, 1980; Rachman y -- Wilson, 1980), aunque Goldfried y Davidson (1976) manifestaron que dos creencias de las propuestas por Ellis ("todos tienen que quererme" y "debo ser perfecto en todo lo que hago") aparecen en gran parte de los neuróticos.

Pero no sólo se han estudiado de forma empírica los presupuestos teóricos de la TRE. Existen trabajos que han intentado comprobar los efectos de sus componentes y su eficacia al compararla con grupos control y con otras técnicas terapéuticas. Las investigaciones más importantes realizadas en este área aparecen recopiladas en las tablas 1.2.2.3-1 y 1.2.2.3-2.

Tabla 1.2.2.3-1 : Estudios de resultados sobre la eficacia de la
Terapia Racional Emotiva (T.R.E.).

Autores	Población y problemas	Procedimientos	Medidas	Resultados
Jacobs (1971)	Estudiantes universitarios con ansiedad	1. T.R.E. 2. G. de control sin contacto 3. Atención-placebo	Cuestionarios de ansiedad e inventario de ideas irracionales	1 > 2 < 3
Keller, Croake y Brookings (1975)	Ancianos con ansiedad	1. T.R.E. 2. G. de control sin tratamiento	Autoinformes de ansiedad	1 > 2
Straatmeyer y Watkins (1974)	Ansiedad al hablar en público	1. T.R.E. 2. T.R.E. menos el componente de discusión activa 3. Atención-placebo 4. G. de control sin contacto	Observaciones conductuales y autoinformes de ansiedad	1=2=3=4 en todas las medidas

La dirección y significación de las comparaciones se indican mediante símbolos que muestran que una técnica, en una medida dada, fue más efectiva (>), o menos efectiva (<), o que no difería significativamente (=) de otra(s) técnica(s).

Tabla 1.2.2.3-1 : (Continuación)

Autores	Población y problemas	Procedimientos	Medidas	Resultados
Trexler y Karst (1972)	Ansiedad al hablar en público	1. T.R.E. 2. Atención-placabo 3. G. de control sin contacto	Medidas conductuales y autoinforme	1>2=3 en el post-tratamiento y en el seguimiento a los seis meses en dos medidas del autoinforme. 1=2=3 en las medidas conductuales; 2>1 en una escala de ansiedad subjetiva
Wine (1971)	Estudiantes universitarios con ansiedad ante los exámenes	1. Comprensión de las ideas irracionales + creación de prototipos + ensayo conductual de auto-manifestaciones racionales 2. Comprensión de las ideas irracionales	Cuestionarios de ansiedad	1 > 2

Tabla 1.2.2.3-2 :Estudios de resultados sobre la eficacia de T.R.E. en comparación con otros procedimientos terapéuticos.

Autores	Población y problema	Terapia de comparación	Medidas	Resultados
Alden, Safran y Weideman (1978)	Clientes poco asertivos	1. Modificación de conductas cognitivas (T.R.E. modificada)	Tareas conductuales y auto-informe de aserción	102 > 3
		2. Entrenamiento en habilidades sociales		
		3. Control sin tratamiento		
Brandema, Maultsby y Welsh (1978)	Alcohólicos	1. T.R.E. llevada a cabo por terapeutas profesionales	Consumo de alcohol; ajuste económico y estatus legal; MMPI y otros cuestionarios y auto-informes	102 < 304 > 5 en la cantidad de alcohol global con sumido; 103 > 5 en número de días sin consumo de alcohol; 103 > 2, 405 en los índices económicos; 3 superior al 1, 2, 4, 5 en problemas legales
		2. T.R.E. llevada a cabo por un terapeuta no experto		
		3. Terapia de tipo psicodinámico llevada a cabo por terapeutas profesionales		
		4. Alcohólicos Anónimos		
		5. Control sin tratamiento		

Tabla 1.2.2.3-2 : (Continuación)

Autores	Población y problema	Terapia de comparación	Medidas	Resultados
Casas (1975)	Ansiedad a hablar en público	1. Reestructuración racional 2. Desensibilización 3. Control de lista de espera	Observaciones conductuales; medidas psicológicas; auto-informe y cuestionarios de ansiedad	1 = 2 = 3
Carmody (1978)	Adultos no asertivos reclutados mediante anuncio	1. T.R.E. + ensayo de conducta 2. Entrenamiento auto-instruccional + ensayo de conducta 3. Ensayo de conducta 4. Control de tratamiento demorado	Observaciones conductuales; auto-informe de aserción y ansiedad social	1=2=3 en todas las medidas y en el seguimiento a los 3 meses; 1>2<4 en la prueba en "vivo" de generalización en el post-tratamiento
Diloreto (1971)	Estudiantes con ansiedad interpersonal	1. T.R.E. 2. Desensibilización sistemática 3. Terapia centrada en el cliente 4. Atención-placebo 5. Control de lista de espera	Observaciones conductuales; auto-informe y cuestionario de ansiedad	1<2>4<5 en el auto-informe de ansiedad y las observaciones conductuales en el post-tratamiento y en el seguimiento a los 3 meses; 1>2>3, 4<5 en el incremento de la actividad interpersonal

Tabla 1.2.2.3-2 : (Continuación)

Autores	Población y problema	Terapia de comparación	Medidas	Resultados
Emmelkamp, Kuipers, y Eggeraat (1978)	Pacientes agorafóbicos	1. Reestructuración cognitiva 2. Exposición en "vivo"	Medidas conductuales, valoraciones clínicas y cuestionario de ansiedad	2>1 para todas las medidas
Goldfried, Linehan y Smith (1978)	Sujetos con ansiedad ante exámenes reclutados por anuncio	1. Reestructuración racional 2. Exposición prolongada 3. Control de lista de espera	Auto-informe y cuestionario de ansiedad	1>2>3 en el post-tratamiento; 1>2 en el seguimiento a las seis semanas
Jenni y Wollersheim (1979)	Hombres y mujeres con problemas coronarios	1. T.R.E. 2. Entrenamiento en control de stress 3. Control de lista de espera	Escala de auto-valoración de la conducta de Tipo A; cuestionario de ansiedad; presión sanguínea y colesterol	1>3 en el auto-informe de la conducta Tipo A; 1 y 2>3 en la medida de ansiedad; 1=2=3 en la presión sanguínea y colesterol
Kanter y Goldfried (1979)	Sujetos con ansiedad interpersonal reclutados por anuncio	1. Reestructuración racional 2. Desensibilización 3. Combinación de 1+2 4. Control de lista de espera	Observaciones conductuales; tasa del pulso, auto-informes y cuestionario de ansiedad	1=2=3=4 en observaciones conductuales y pulso; 1 y 3>4 en la mayoría de los auto-informes; Estos resultados se mantuvieron en el seguimiento a los 2 meses

Tabla 1.2.2.3-2: (Continuación)

Autores	Población y problemas	Terapia de comparación	Medidas	Resultados
Karst y Trexler (1970)	Ansiedad al hablar	1. T.R.E. 2. Terapia de rol fijo 3. Control sin tratamiento	Medidas conductuales y auto-informes	1=2>3 en el auto-informe; 1=2=3 en el seguimiento a los seis meses
Lake, Rainey y Papsdorf (1979)	Hombres (n=5) y mujeres (n=19) con migrañas	1. "Biofeedback" de temperatura del dedo + T.R.E. 2. "Biofeedback" de temperatura del dedo 3. "Biofeedback" EMG frontal 4. Control de lista de espera	Auto-valoraciones del dolor de cabeza diario medicación	1=2=3=4 en el post-tratamiento y en el seguimiento a los 3 meses
Linehan, Goldfried y Goldfried (1979)	Mujeres no asertivas reclutadas por anuncio	1. Reestructuración racional 2. Ensayo de conducta 3. Combinación de 1+2 4. Atención-placebo 5. Control de lista de espera	Pruebas conductuales de aserción; auto-informe y cuestionario de ansiedad	3=2=1>4=5 en la mayoría de medidas conductuales; 3=2>1 en algunas medidas conductuales; 3=2=1>4=5 en los auto-informes. Esto último se repitió en el seguimiento a las 8-10 semanas pero estadísticamente 3=2=1=4. Los grupos 3 y 2 mostraron mayor generalización en la mejora

Tabla 1.2.2.3-2: (Continuación)

Autores	Población y problemas	Terapia de comparación	Medidas	Resultados
Maes y Heilmann (1970)	Estudiantes con ansiedad ante los exámenes	1. T.R.E. 2. Desensibilización sistemática 3. Terapia centrada en el cliente 4. Control sin contacto	Medidas fisiológicas y cuestionario	1=2>3=4 en las medidas fisiológicas; 1=2=3=4 en el cuestionario
Margolin y Weiss (1978)	Parejas con problemas maritales	1. Entrenamiento conductual + Reestructuración cognitiva 2. Entrenamiento conductual 3. Control con tratamiento inespecífico	Diversas medidas subjetivas y de observación de ajuste marital	1>2=3 en medidas específicas
Moleski y Tosi (1976)	Pacientes taratamados	1. T.R.E. con tareas en "vivo" 2. T.R.E. sin tareas en "vivo" 3. D. sistemática con tareas en "vivo" 4. D. sistemática sin tareas en "vivo" 5. Control sin tratamiento	Tasa de interrupciones; cuestionario de ansiedad	1=2>3=4 en la interrupción del habla en el post-tratamiento; 1=2>3=4 en la interrupción del habla y en el cuestionario en el seguimiento al mes
Montgomery (1971)	Sujetos con ansiedad ante exámenes	1. T.R.E. 2. D. sistemática 3. Terapia de implorsión 4. Control sin tratamiento	Cuestionario de ansiedad	1=2=3=4

Tabla 1.2.2.3-2: (Continuación)

Autores	Población y problemas	Terapia de comparación	Medidas	Resultados
Osarchuk (1974)	Sujetos con ansiedad ante exámenes reclutados por anuncio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reestructuración racional 2. Desensibilización 3. Combinación de 1+2 4. Exposición prolongada 	Auto-informe y cuestionario de ansiedad	1=2=3>4 en el post-tratamiento y en el seguimiento a los dos meses
Tiegerman (1975)	Estudiantes universitarios con ansiedad interpersonal	<ol style="list-style-type: none"> 1. T.R.E. 2. Entrenamiento en aserción 3. Combinación de 1+2 4. Control sin contacto 	Auto-informe de aserción y ansiedad	2 > 3 > 1 > 4
Wolfe y Foder (1977)	Mujeres no asertivas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia de conducta racional (ensayo de conducta + imitación + T.R.E.) 2. Ensayo de conducta + imitación 3. Grupo de información 4. Control de lista de espera 	Auto-informe cuestionario y medidas conductuales de ansiedad	1=2>3α4 en la medida conductual; 1>4 en una medida de auto-informe

En la tabla 1.2.2.3-1 se presenta un resumen esquemático de estudios donde se compara sólo la eficacia de la TRE con grupos de tratamiento placebo o control sin tratamiento y el efecto de sus componentes. La tabla 1.2.2.3-2 reúne los trabajos que analizan los resultados de la TRE al compararlos con otras técnicas terapéuticas. También aparecen en esta tabla los estudios que añaden al análisis de componentes comparaciones con otras técnicas.

De la observación de ambas tablas podemos sacar las siguientes conclusiones: 1) La TRE parece ser más eficaz que el no tratamiento y que el tratamiento placebo, en la mayoría de los estudios, 2) la TRE resulta ser tan eficaz como otros procedimientos alternativos tales como la desensibilización sistemática o el ensayo de conducta, pero no se puede concluir que sea superior a ellos, 3) la TRE no ha demostrado aún su eficacia a largo plazo, ya que la mayoría de los estudios no ofrecen seguimientos y los que lo presentan muestran datos contradictorios y 4) no existe clarificación sobre qué componentes son los que permiten que la TRE sea eficaz.

Sin embargo, estas conclusiones deben matizarse ya que cuando se analizan los diversos estudios se observa que aparece un conjunto de problemas que dificultan el establecer comparaciones entre los resultados. De entre ellos resaltaremos los siguientes: 1) no están claramente especificados los componentes del procedimiento de la TRE, 2) los tratamientos difieren respecto al grado en que incor

poran componentes verbales y conductuales y 3) el número de sesiones varía, considerablemente, de unos estudios a otros.

El problema de la no especificación de los componentes del procedimiento proviene de los estudios y publicaciones realizados por el propio autor de la técnica, --- Ellis, ya que en sus escritos no está precisado ni operacionalizado el procedimiento. Por ~~esto~~ el tratamiento realizado puede variar considerablemente de unos trabajos a otros. - Una de las formas de variación más acusada gira en torno a la incorporación de componentes conductuales en el procedimiento terapéutico. Así, por ejemplo, en el trabajo realizado por Emmelkamp, Knipers y Eggeraat (1978) se utiliza - sólomente reestructuración cognitiva compuesta por redefinición cognitiva, discusión racional de la lista de supuestos irracionales de Ellis y entrenamiento auto-instruccional. Comentando este estudio, Ellis (1979) manifiesta que el reentrenamiento conductual es un componente básico e indiispensable de la TRE y el no haberlo incluido en el procedimiento sería la causa de la baja eficacia terapéutica -- del mismo, razonamiento utilizado también en la crítica al trabajo de Diloreto (1971). Esta misma opinión aparece en la revisión de DiGiuseppe y Miller (1977). Según estos autores, sería la falta de componentes conductuales, tales como el ensayo de conducta o la práctica en vivo, el motivo de la relativa ineficacia de la TRE encontrada en el trabajo de Tiegerman (1975), que había comparado el entrenamiento asertivo con la TRE. En el mismo sentido apunta el re--sultado del trabajo de Wine (1971), quien afirma que es -- necesaria la combinación entre comprensión de las ideas

irracionales y el ensayo conductual. No obstante, la relevancia de este componente no aparece reflejada en el trabajo de Moleski y Tosi (1976).

Por otra parte, en los diversos estudios, la duración de los tratamientos varía de dos a cuatro sesiones (Wolfe y Foder, 1977; Jacobs, 1971; Trexler y Karst, 1972), tiempo considerado excesivamente corto, a intervenciones más largas como las 30 sesiones del trabajo de Brandsma, Maultsby y Welsh (1978). Ante esta variedad de rango tan amplio en el número de sesiones y los diferentes resultados que aparecen en algunos estudios, Goldfried (1979) sugiere que el que no aparezcan mejoras terapéuticas puede atribuirse directamente a que los tratamientos son demasiado breves, ya que las diferencias en el tiempo de duración de la terapia puede ayudar a explicar las aparentes discrepancias en los resultados.

De la revisión llevada a cabo, podemos concluir que no está suficientemente demostrada la eficacia de la TRE como método de tratamiento, ya que falta la evidencia empírica de su eficacia en los controles de seguimiento. No obstante, aparece de forma más evidente que la TRE es más eficaz que el no tratamiento o el tratamiento placebo y tan eficaz como otros procedimientos alternativos. Sin embargo, no es posible concluir, a pesar de lo expuesto -- por DiGiuseppe y Miller (1977), que sea superior a procedimientos como la desensibilización sistemática o el ensayo de conducta.

1.2.3.- Entrenamiento en Auto-Instrucciones.

El máximo representante dentro del área del entrenamiento en auto-instrucciones es Meichenbaum que, junto -- con sus colegas de la Universidad de Waterloo, ha realiza-- do un amplio trabajo de gran relevancia clínica.

El comienzo del desarrollo del procedimiento es tá asociado al hallazgo de que muchos de los pacientes es quizofrénicos, que habían sido entrenados para desarrollar una "conversación sana", mantenían sus mejoras en la ejecu-- ción al utilizar auto-instrucciones externas similares a las dadas anteriormente por el terapeuta (Meichenbaum, --- 1969). Las auto-instrucciones parecían servir de interme-- diarias en la generalización, al ayudar al sujeto a cum--- plir con las exigencias del ejercicio, impidiendo así la - aparición de cualquier estímulo, producido anteriormente, que generara una distracción que se interfiriera con su -- conducta verbal. Esta observación estimuló los posteriores estudios para investigar los efectos de un entrenamiento - sistemático en auto-instrucciones.

El siguiente paso dado fue la indagación en las deficiencias mediacionales en los niños impulsivos ----- (Meichenbaum, 1971 a; Meichenbaum y Goodman, 1969 a, b; -- 1971). Se parte del supuesto de que el habla interna inade cuada e inmadura es un factor significativo en este problema, ya que los niños impulsivos no parecían haber aprendido como

dirigir apropiadamente su atención y guiar su ejecución en muchas situaciones. Meichenbaum mostró que la latencia de respuesta y la exactitud de la ejecución de los niños impulsivos podía ser mejorada a través de un entrenamiento en auto-instrucciones. El entrenamiento por él proporcionado estaba influenciado por las teorías del desarrollo infantil de Luria (1961) y Vygotsky (1962). Basándose en su trabajo con niños, Luria (1961) había propuesto etapas mediante las cuales caen bajo control verbal los comportamientos voluntarios. Durante la primera etapa el lenguaje de los demás, normalmente adultos, controla y dirige la conducta del niño. La segunda está caracterizada por el lenguaje externo del niño, que se convierte en un regulador eficaz de su conducta. Finalmente, el lenguaje interno asume el papel auto-regulador. Esta secuencia de las fases servirá a Meichenbaum de guía para desarrollar su procedimiento de entrenamiento.

A estos trabajos sobre niños impulsivos, siguieron diversas investigaciones sobre los procedimientos de auto-instrucción, aplicándose, entre otras áreas, a pacientes esquizofrénicos (Meichenbaum y Cameron, 1973), ansiedad a hablar en público (Meichenbaum, Gilmore y Fedoravicius, 1971), ansiedad ante los exámenes (Meichenbaum, 1972 a), fobias a las serpientes (Meichenbaum, 1971 b), desarrollo de la creatividad (Meichenbaum, 1975 a), control del dolor (Meichenbaum y Turk, 1976) y desarrollo de meta-cogniciones (Meichenbaum, 1981; Meichenbaum y Asarnow, 1979; Meichenbaum y otros, 1981).

1.2.3.1.- Premisas básicas.

El Entrenamiento en Auto-Instrucciones propuesto por Meichenbaum parte del supuesto fundamental de que las actividades simbólicas obedecen a las mismas leyes psicológicas que las conductas externas. Se centra en el estudio del diálogo interno y las repercusiones que éste tiene en la experiencia emocional y en la ejecución conductual de los individuos. El habla interna se toma como un sistema completo de comunicación; por esto, Meichenbaum utiliza el término "diálogo" interno y no "monólogo" interno ----- (Meichenbaum, 1977). También sostiene que el habla interna se puede modificar utilizando las técnicas de modificación de conducta (Meichenbaum, 1973 a).

La importancia atribuida al habla interna, lo que el sujeto se dice a sí mismo, está justificada por las diversas funciones que ésta desempeña. Estas funciones se -- evidencian al analizar, por ejemplo, la similitud entre -- las instrucciones interpersonales y las auto-instrucciones, las relaciones entre los factores cognitivos y el stress - y los efectos fisiológicos producidos por los diversos tipos de instrucciones (Meichenbaum, 1977).

La conclusión de que las auto-instrucciones intrapersonales operan de forma similar a las instrucciones interpersonales surge al comparar los papeles que desempeñan cada una de ellas. Así, por ejemplo, Meichenbaum compara -

los resultados obtenidos por Gagne (1964) sobre el papel de las instrucciones con los de McKinney (1973) sobre las auto-instrucciones, introducidas ambas en una tarea de resolución de problemas. Gagne (1964) observó que las instrucciones realizaban las funciones de: 1) motivar al sujeto, proporcionándole una meta a alcanzar, 2) ayudar a identificar el criterio de ejecución y los elementos importantes de la situación estimular, 3) facilitar el recordar los pasos necesarios para realizar la tarea y 4) canalizar el pensamiento, planteando hipótesis relevantes para la tarea, mientras controla las conductas y pensamientos que le pueden interferir. De este modo, las instrucciones parecen cumplir una función directiva e instigadora para controlar la conducta. A su vez, McKinney (1973) describió el papel que desempeñaban las auto-verbalizaciones. Según este autor las auto-manifestaciones desempeñaban las funciones de: 1) incrementar la capacidad de distinguir los estímulos, 2) dirigir la atención del sujeto a las dimensiones relevantes, 3) ayudarlo a formular hipótesis y 4) mantener la información en la memoria a corto plazo. La comparación entre las dos funciones y la comprobación de la similitud entre ambas, lleva a Meichenbaum a concluir que las auto-manifestaciones o auto-verbalizaciones operan de forma similar a las instrucciones interpersonales.

El segundo aspecto en que se centra Meichenbaum, para poner de manifiesto la función del diálogo interno, es en el estudio de los trabajos que tratan sobre el control del stress. Revisando, entre otros, los estudios de

Wheeler (1969), Janis (1965), Wine (1970) y Sarason (1973) concluye que no es el "arousal" por sí mismo, sino lo que un individuo se dice sobre su "arousal" lo que le lleva a una ejecución inadecuada. Según esto, el modo en que uno responde al stress dependerá en gran medida de cómo evalúa la situación o estímulo que provoca stress, a qué atribuye la excitación que siente y cómo considera su habilidad para hacer frente a ese estímulo o situación. Si se parte -- del supuesto de que el diálogo interno influye en los procesos de evaluación y atención del sujeto (Meichenbaum, -- 1973 b; 1974 ; 1975 b) el enseñarle a cambiarlo tendrá -- efectos directivos sobre: a) los elementos a los que el individuo presta atención, b) cómo evalúa los diferentes --- acontecimientos estímulos, c) a qué atribuye su conduc--ta y d) las expectativas sobre su capacidad para manejar - un acontecimiento que genera stress.

Para Meichenbaum el diálogo interno no sólo in--fluye en la atención y la evaluación que el sujeto hace de la situación, sino que también puede ir acompañado de efec--tos fisiológicos. Para ejemplificar la relación entre las respuestas fisiológicas y el diálogo interno acude al trabajo de Graham y otros (1962). En esta investigación se es--tudiaron las relaciones existentes entre los estilos de -- los procesos de pensamiento y algunos trastornos psicossomá--ticos (úlceras, asma, urticaria). Se encontró que cuando se pedía a sujetos normales hipnotizados que adoptaran las ac--titudes descritas por los pacientes psicossomáticos comenza--ban a sufrir los mismos síntomas que éstos. De aquí la con--clusión de que la producción de auto-manifestaciones parti

culares tendría efectos fisiológicos específicos importantes.

De acuerdo con Meichenbaum (1972 a), los sujetos que reciben un entrenamiento en modificación de conducta--cognitiva llegan a utilizar su "arousal" fisiológico como una señal facilitadora de la conducta. Así, el tener las palmas sudorosas, aumentar la tasa de respiración, la tasa cardíaca o la tensión muscular llegará a convertirse en señales que indican que es el momento de utilizar las técnicas que compitan con el stress, en las que los sujetos han sido previamente entrenados. El paciente puede, por tanto, aprender a responder a la misma señal fisiológica con cogniciones diferentes.

En la fundamentación del entrenamiento en auto--instrucciones no sólo juega un papel importante el conocer las funciones que desempeña el diálogo interno sino también el analizar su estructura. Meichenbaum entiende por "estructura cognitiva" el aspecto organizador del pensamiento que guía y dirige la estrategia, la dirección y el tipo de pensamientos de un individuo" sería "una especie de "procesador ejecutivo" que determina cuando interrumpir, cambiar o continuar el pensamiento" (Meichenbaum, 1977, pp. 212-213). Este sistema o estructura cognitiva da ría forma al contenido del diálogo interno; esto es, haría que un individuo emitiera un tipo determinado de auto-manifestaciones. Por esto, la estructura cognitiva será un elemento importante a considerar en el proceso de cambio de conducta.

Esta exposición de las premisas básicas lleva a considerar que, para Meichenbaum, los elementos centrales en el proceso de cambio de conducta son la naturaleza de las estructuras cognitivas del individuo, el habla interna que las acompaña y los resultados de los comportamientos externos. Un cambio en la estructura cognitiva conducirá a un nuevo diálogo interno y a nuevas conductas externas y esto llevará, a su vez, al fortalecimiento de las estructuras cognitivas y así sucesivamente, estableciéndose un círculo de interrelaciones. Por tanto, si un individuo quiere modificar su patrón de respuesta debe introducir un proceso mediatizador intencional. Este proceso implica el reconocimiento de la conducta desadaptada (interna o externa), que llegará a elicitar un habla interna diferente en su contenido al anterior; el habla interna modificada debe, entonces, elicitar conductas incompatibles con las inadaptadas. Algunas personas necesitarán una enseñanza explícita de tales conductas, siendo esta necesidad la que reclama, para Meichenbaum, la introducción de las técnicas de modificación de conducta.

1.2.3.2.- Procedimiento terapéutico.

Partiendo de la hipótesis de que las auto-instrucciones de un individuo mediatizan el cambio de conducta, - Meichenbaum espera mejorar la efectividad terapéutica con un entrenamiento en auto-instrucciones específico. El objetivo de este entrenamiento será la modificación del diálogo interno. Esta modificación se produce como resultado de lo que ocurre dentro y fuera de la terapia (Meichenbaum, - 1977). En la terapia, el terapeuta utiliza un conjunto de técnicas clínicas específicas, tales como la reflexión, -- explicación, interpretación, dar información e imitación -- de modelos cognitivos, que proporcionan las condiciones -- que llevarán al sujeto a cambiar lo que se dice a sí mismo. Fuera de la terapia, el sujeto llevará a cabo las conductas que han sido discutidas y ensayadas en la terapia y que son incompatibles con las conductas desadaptadas. Estas conductas que se oponen a las conductas inadecuadas darán como resultado una nueva forma de comportamiento y con ello reacciones diferentes de las personas significativas en la vida del sujeto. Estos resultados darán lugar a un diálogo interno en el cliente que afectará a las estructuras cognitivas (opiniones sobre uno mismo y sobre su habilidad para enfrentarse a los problemas, etc.) y a las conductas que desarrolla.

El procedimiento terapéutico está diseñado para hacer que los sujetos conozcan sus pensamientos y enseñar

les a producir auto-instrucciones y conductas incompatibles con las conductas inadecuadas. El proceso de cambio consta de tres fases, que no deben de considerarse como pasos progresivos, sino como una secuencia flexible, cuyos pasos -- pueden ser repetidos o reaparecer tantas veces como sea ne cesario para el progreso terapéutico. La primera fase está centrada en "... comprender la naturaleza del problema (s) que presenta el cliente y formular un plan de tratamiento inicial"(Meichenbaum , 1975 b, p. 363).. En esta fase, el paciente y el terapeuta comienzan a desarrollar un punto - de vista compartido del problema que presenta el paciente. Durante la segunda fase del entrenamiento, el terapeuta -- ayuda al paciente a explorar, someter a prueba y consoli-- dar la nueva conceptualización que tiene sobre su proble-- ma. Las dos primeras fases tienen como objetivo preparar - al cliente para el cambio, mientras que en la tercera, el terapeuta ayuda al cliente a modificar sus auto-manifesta ciones y producir conductas nuevas más adaptadas.

1.2.3.2.1.- Fase 1.- Conceptualización del problema.

Auto-observación.

El objetivo de esta fase inicial del entrenamiento es que el paciente y el terapeuta redefinan el problema que presenta el paciente, adoptando una conceptualización común. Esta redefinición deberá realizarse en términos tales que proporcionen al paciente comprensión y sentimiento de control del problema, esperanza de cambio y, sobre todo, que lleven a cambios conductuales específicos que puedan ser transferidos a la situación de vida real. Será esta fase de reformulación o conceptualización la que proporcionará la base para el cambio de conducta.

La primera misión del terapeuta será aclarar las posibles dudas e inquietudes que presente el paciente respecto a su problema, intentando eliminar presupuestos falsos e interpretaciones erróneas acerca de lo que ocurre, -- la función del psicólogo o los objetivos de la terapia. -- Según Meichenbaum, se debe explicar al paciente qué es lo que sucede y por qué, eliminarle cualquier duda, en el caso de que la tuviera, de que está "perdiendo la razón" y -- asegurarle que se le puede ayudar a cambiar. Esto es de -- gran importancia pues se prepara al paciente para comprometerse en los procedimientos de cambio.

Para ayudar a los pacientes a darse cuenta de --
Qué tipo de sentimientos y pensamientos les acompañan en --

una situación problema, Meichenbaum considera que un primer paso es convertir al paciente en un observador de su propia conducta. Prestando una atención deliberada, el paciente - debe darse cuenta de qué pensamientos, sentimientos, reacciones fisiológicas y/o conductuales anteceden, acompañan y siguen a la conducta problema. Este reconocimiento del - paciente es un requisito necesario, pero no suficiente, para que se establezca el cambio.

Meichenbaum (1973 b, 1975 b) sugiere que un procedimiento útil para enseñar a los pacientes a conocer sus - auto-manifestaciones es presentarle un incidente reciente que incluya su problema, mientras está con los ojos cerrados concentrado en recordarlo con detalle. Entonces, se le pide que relate la secuencia de pensamientos y conductas - que tuvieron lugar. También considera que puede ser útil - registrar en vídeo la realización de la conducta desadaptada del sujeto, e inmediatamente después, mientras el terapeuta y el paciente ven la grabación, el paciente intenta reconstruir los pensamientos que había experimentado.

Durante esta primera fase, el terapeuta ayudará a los pacientes a darse cuenta de cual es su estilo de pensamiento y los aspectos irracionales y de auto-derrota de sus auto-manifestaciones. Para Meichenbaum antes del tratamiento, y debido al tipo de expectativas o creencias que - tiene el sujeto, es probable que los procesos de pensamiento sean automáticos y aparentemente involuntarios, donde - las auto-manifestaciones negativas son un estilo habitual de pensamiento. Sin embargo, el terapeuta puede hacer al

paciente conocedor de tales procesos de pensamiento y posi
bilitar su control.

El terapeuta no debe analizar y discutir sólamente los procesos de pensamiento que los pacientes tienen en situaciones específicas, sino que debe explorar otras ocasiones donde aparezcan auto-manifestaciones iguales o similares.

Un modo de conseguir que el paciente se de cuenta del papel que desempeñan las auto-manifestaciones negativas es asignar una tarea para realizar fuera de la terapia. Esta consistirá en pedir a los sujetos que se "oigan" y registren las auto-manifestaciones negativas y las conductas que las acompañan. El propósito de esta tarea es -- que el paciente se de perfecta cuenta de que las auto-manifestaciones negativas están relacionadas con los problemas.

1.2.3.2.2.- Fase 2.- Confirmación de la conceptualización.

Esta segunda fase está diseñada para que los pacientes prueben y consoliden la nueva conceptualización de su problema. Comienza con la discusión sobre los datos -- que ha recogido el paciente, fuera de la terapia, al "escuchar" sus auto-manifestaciones. Para Meichenbaum, el objetivo de la auto-observación es que el sujeto realice un -- análisis situacional, es decir, que llegue a conocer sus auto-manifestaciones en el contexto de las situaciones en las que se producen.

Cuando el paciente informe de su estilo de pensamiento, del contenido de sus auto-manifestaciones (expectativas depreciativas o de auto-derrota) y del papel que -- desempeñan el terapeuta deberá motivarla, a través de sus preguntas, para que le demuestre que esta forma de pensamiento es un aspecto clave de su problema. En la discu---- sión, el terapeuta observará si el paciente ha descubierto que son sus pensamientos los causantes de su conducta desadaptada.

Una vez que el sujeto se ha percatado claramente y convencido de la relación existente entre sus pensamientos y conductas desadaptadas, el terapeuta expondrá cual es el fundamento en el que se basa el procedimiento de terapia y describirá el plan que se va a seguir a lo largo del entrenamiento.

Para Meichenbaum, en la explicación del fundamento del Entrenamiento en Auto-instrucción, el terapeuta explicará al paciente la relación entre el diálogo interno y las actividades cognitivas y fisiológicas, así como su influencia en la conducta externa. Para este objetivo se servirá de las reacciones específicas del sujeto y los datos presentados en sus observaciones. Al explicar los pasos -- que se van a seguir en el entrenamiento, se resaltarán que el objetivo que se pretende es controlar los pensamientos. Para poder llegar a ello, se deberá reconocer, en primer lugar, cuándo están empezando a producirse. Este reconocimiento se convertirá en una señal que llevará a emitir -- nuevas auto-manifestaciones que provocarán la aparición de conductas más adaptadas.

1.2.3.2.3.- Fase 3.- Modificación de auto-manifestaciones y emisión de nuevas conductas.

En las dos fases anteriores el propósito que se pretendía lograr era que el terapeuta comprendiese las --- preocupaciones y problemas del paciente y que ambos de---- sarrollaran una conceptualización común. Esta fase está - diseñada para ayudar al sujeto a modificar sus auto-mani-- festaciones y producir nuevas conductas. Se centra en la - emisión en vivo de conductas incompatibles con las desa-- daptadas y en lo que el sujeto se dice a sí mismo sobre -- los resultados de estos "experimentos personales".

El proceso comienza con una discusión sobre qué auto-instrucciones pueden ser utilizadas para competir con la conducta desadaptada. Una forma propuesta por ----- Meichenbaum (1973 b) para introducir la discusión es ha--- blar con el paciente sobre cómo se las arregla en otras - situaciones problema para vencer la ansiedad, como, por -- ejemplo, en una visita al dentista. Después de que el suje to ofrece algunos ejemplos de posibles auto-manifestacio-- nes que se utilizan para luchar contra las situaciones -- que provocan stress se pueden agrupar en tres bloques que corresponden a tres momentos distintos de la situación: -- 1) hacer frente y manejar los estímulos que generan stress, 2) luchar contra el sentimiento de dejarse abatir y 3) --- auto-reforzarse por haber hecho frente a la situación.

El terapeuta hará que el sujeto genere una lista de auto-instrucciones que le ayuden en cada uno de esos -- tres momentos. El paciente, una vez discutidas, estas auto-instrucciones, es animado a utilizarlas junto con otras -- técnicas de modificación de conducta que generen conductas incompatibles con la conducta problema.

Para Meichenbaum (1977) la gran contribución de la terapia de conducta es posibilitar la enseñanza de habilidades conductuales a aquellos pacientes que las necesi--ten. Pero, el centrarse sólo en el entrenamiento de -- estas habilidades no es suficiente para explicar el proce--so de cambio, ya que lo que el paciente se dice a sí mismo sobre las nuevas conductas adquiridas y las consecuencias que resultan de su ejecución influirán en el mantenimiento y generalización del proceso de cambio de las conductas.

1.2.3.3.- Estudios experimentales.

En contraposición a los trabajos de Ellis, - Meichenbaum expone de forma clara y precisa los componentes del Entrenamiento en Auto-Instrucción. Además, él mismo ha realizado un conjunto de trabajos que intentan poner de relieve no sólo la utilidad clínica del entrenamiento, sino también los efectos específicos de algunos de sus componentes.

En la Tabla 1.2.3.3-1 se presentan de forma esquemática algunos estudios donde se analiza la contribución aportada por los diversos componentes del entrenamiento y la eficacia de éste al compararlo con diversos grupos control. La Tabla 1.2.3.3-2 reúne los trabajos que analizan los resultados del Entrenamiento en Auto-Instrucción - al compararlo con otras técnicas terapéuticas.

Entre los estudios llevados a cabo por -- Meichenbaum para analizar la eficacia de los diversos componentes del entrenamiento vamos a considerar el realizado con niños impulsivos (Meichenbaum, 1971 a). En este trabajo se concluyó que la imitación cognitiva de modelos, --- aplicada como técnica única, no era tan eficaz como cuando se realizaba unida al Entrenamiento en Auto-Instrucción. - Parecía que los niños obtenían mejores resultados cuando - observaban las guías verbales que el modelo se daba a sí mismo y además recibían entrenamiento para ensayar y utilizar individualmente un habla interna similar.

Tabla 1.2.3.3-1: Estudios de resultados sobre la eficacia del Entrenamiento en Auto-Instrucciones (E.A.I.).

Autores	Población y problemas	Procedimientos	Medidas	Resultados
Bornstein y Quevillon (1976)	Pre-escolares hiperactivos	1. E.A.I. 2. Control de expectativas	Realización de tareas en la clase	1>2; generalización de la mejora de la tarea experimental a la de clase; los resultados se mantenían 22 semanas y media después de la línea base
Douglas, Parry, Marton y Garson (1976)	Hiperactividad en niños de 6 a 12 años	1. E.A.I. + control de contingencias en algunos casos 2. Control sin tratamiento	Medidas psicométricas de impulsividad e hiperactividad; escala de evaluación del profesor	1>2 en el post-tratamiento y 3 meses después en las medidas psicométricas; No generalización a la situación de clase
Friedling y S. O'Leary (1979)	Hiperactividad en niños de 7 y 8 años	1. E.A.I. 2. Control mediante atención	Realización de tareas; lectura y aritmética; atención del profesor	1=2 en las tareas; 1>2 en un índice aritmético

Tabla 1.2.3.3-1: (Continuación)

Autores	Población y problemas	Procedimientos	Medidas	Resultados
Girodo y Roehl (1978)	Estudiantes universitarios con miedo a volar	<ol style="list-style-type: none"> 1. E.A.I. 2. Entrenamiento en información pre-paratoria 3. Combinación de 1 + 2 4. Control con pseudo-tratamiento 	<p>Cuestionario con componentes somáticos y cognitivos de ansiedad durante el vuelo de rutina y b) en un intento de aterrizaje fallido no esperado (una situación de stress)</p>	<p>1=2=3=4 durante el vuelo de rutina; 1=3>4 durante la situación de stress no esperada; 1=2=3>4 cuatro meses y medio después en una medida; 1=2>3=4 en otra</p>
Glogower, Fremouw y McCroskey (1978)	Estudiantes universitarios con ansiedad al comunicarse	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento y ensayo de auto-instrucciones que hacen frente a las situaciones 2. Reconocimiento de auto-manifestaciones negativas 3. Combinación de 1 + 2 4. Control de discusión de sentimientos 5. Control de lista de espera 	<p>Observaciones conductuales, cuestionario y auto-informe de ansiedad</p>	<p>3>1>2=4=5 en las medidas conductuales y de auto-informe en el post-tratamiento y seis semanas después</p>

Tabla 1.2.3.3-1: (Continuación)

Autores	Población y problemas	Procedimientos	Medidas	Resultados
Kanfer, Karoly y Newman (1975)	Niños de 5 y 6 años con temor a la oscuridad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auto-manifestaciones que subrayan el ser competente 2. Auto-manifestaciones dirigidas a reducir lo aversivo de los estímulos específicos de la situación 3. Auto-manifestaciones neutras 	Medidas conductuales de tolerancia a la oscuridad	1 > 2 > 3
Meichenbaum (1971 a)	Niños impulsivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Imitación cognitiva 2. Imitación cognitiva + E.A.I. 3. Control mediante atención 4. Control sin entrenamiento 	Cuestionarios, latencia de respuesta, contenido del habla interna	2 > 1 > 3 > 4

Tabla 1.2.3.3-1: (Continuación)

Autores	Población y problemas	Procedimientos	Medidas	Resultados
Meichenbaum (1971 b)	Sujetos con tem- por a las ser- pientes	1. Imitación de mo- delos que dominan la situación + E.A.I.	Pruebas de evi- tación conduc- tual; auto-infor- mes	3>4>1a2 en todas las medidas; 3>1>2 en las medidas subjeti- vas
		2. Imitación de mo- delos que dominan la situación		
		3. Imitación de mo- delos que hacen frente a la si- tuación + E.A.I.		
		4. Imitación de mo- delos que hacen frente a la si- tuación		
Meichenbaum y Cameron (1973)	Esquizofrénici- cos hospitali- zados	1. E.A.I.	Tareas perceptua- les de laboratorio	1 > 2 > 3
		2. Control mediante práctica		
		3. Control sin tratamiento		
	Esquizofrénici- cos hospitali- zados	1. E.A.I.	Tareas perceptua- les de laboratorio	1>2; los resul- tados se genera- lizaron a tareas no tratadas
		2. Grupo control		

Tabla 1.2.3.3-1: (Continuación)

Autores	Población y problemas	Procedimientos	Medidas	Resultados
Snyder y White (1979)	Delincuentes adolescentes	1. E.A.I. 2. Conocimiento de contingencias 3. Control con evaluación	Asistencia escolar; realización de conductas impulsivas en situaciones de la vida diaria	1 > 2 y 3
Steele y Barling (1979)	Niños con problemas de aprendizaje	1. E.A.I. 2. Control con atención-placebo 3. Control sin tratamiento	Medidas de efectos directos del tratamiento y de generalización mediante cuestionarios	1 > 2 d3 en la mayoría de los efectos directos del tratamiento en el post-tratamiento y 5 meses después; 1=2=3 en las medidas de generalización

Tabla 1.2.3.3-2: Estudio de resultados sobre la eficacia del
Entrenamiento en Auto-Instrucciones (E.A.I.)
en comparación con otros procedimientos te-
rapéuticos.

Autores	Población y problemas	Terapia de comparación	Medidas	Resultados
Arnold y Forehand (1978)	Niños impulsivos de 4 y 5 años	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrenamiento cognitivo 2. Coste de respuesta 3. Combinación de 1+2 4. Control placebo (instrucciones, práctica y "feedback") 	Medida análoga de impulsividad; tarea de tipo escolar	1-2=3=4 en la medida análoga de impulsividad; 1 y 3>4 en la medida escolar
Carmody (1978)	Adultos no asertivos reclutados por anuncio	<ol style="list-style-type: none"> 1. T.R.E. + ensayo de conducta 2. E.A.I. + ensayo de conducta 3. Ensayo de conducta 4. G. control de tratamiento re-trasado 	Observaciones conductuales y auto-informes de aserción y ansiedad social	1-2=3 en todas las medidas en el post-tratamiento y 3 meses después; 1>2&4 en la prueba en "vivo" de generalización en el post-tratamiento

Tabla 1.2.3.3-2: (Continuación)

Autores	Población y problemas	Terapia de comparación	Medidas	Resultados
Dunkel y Glaros (1978)	Mujeres obesas	1. E.A.I. 2. Control de estímulos 3. Combinación de 1 + 2 4. Control placebo (entrenamiento en relajación)	Cociente de reducción de peso	1>4 y 3>2 en el seguimiento a las 7 semanas
D'Zurilla, Wilson y Nelson (1973)	Estudiantes universitarios con temor a animales muertos	1. Reestructuración cognitiva 2. D. Sistemática 3. Exposición prolongada y gradual 4. Control sin tratamiento	Prueba de evitación conductual, auto-informes y cuestionario de ansiedad	1=2=3; 3>4 en la prueba conductual; 1=2=3; 1>4 en el cuestionario
Emmelkamp, Kuipers y Eggeraat (1978)	Pacientes agorafóbicos	1. Reestructuración cognitiva 2. Exposición en "vivo"	Medidas conductuales, evaluaciones clínicas y cuestionario de ansiedad	2>1 en todas las medidas
Fremouw y Zitter (1978)	Estudiantes universitarios con ansiedad al hablar	1. E.A.I. + entrenamiento en relajación como una habilidad para hacer frente a la situación 2. Entrenamiento en habilidades con-	Observaciones conductuales, auto-informes y cuestionario de ansiedad	2>1>4 en las observaciones conductuales; 2>1>3>4 en una medida de autoinforme; 1=2=3=4 en el cuestionario de

Tabla 1.2.3.3-2: (Continuación)

Autores	Población y problemas	Terapia de comparación	Medidas	Resultados
Fremouw y Zitter (1978) (Continuación)		ductuales 3. Control de atención-placebo 4. Control de lista de espera		generalización. Esta distribución se mantendrá dos meses después
Glass, Gottman y Shmurak (1976)	Ansiedad heterosexual en estudiantes universitarios varones	1. E.A.I. 2. Adquisición de respuesta (entrenamiento en habilidades sociales) 3. Combinación de 1 + 2 4. Control de lista de espera	Pruebas conductuales, llamadas telefónicas en "vivo", cuestionario	1 y 3 > 2 > 4 en las situaciones no tratadas, llamadas telefónicas y efecto producido en las mujeres; 1=2 en las situaciones tratadas; 1=2 > 3 > 4 en llamadas telefónicas y representaciones 6 meses después
Goren (1975)	Estudiantes universitarios con temor a las serpientes y ansiedad a los exámenes	1. E.A.I. 2. D. sistemática 3. Combinación de 1 + 2 4. Control sin tratamiento	Prueba de evitación conductual; auto-informes y cuestionario de ansiedad	1=2 > 3 > 4

Tabla 1.2.3.3-2: (Continuación)

Autores	Población y problemas	Terapia de comparación	Medidas	Resultados
Holroyd (1976)	Sujetos con ansiedad a pruebas reclutados por anuncio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia cognitiva 2. D. sistemática en grupo 3. Combinación de 1 + 2 4. Pseudoterapia/meditación en grupo 5. Control de lista de espera 	Ejecución de prueba análoga; autoinforme y cuestionario de ansiedad	1>2=3 para todas las medidas en el post-tratamiento y un mes después
Holroyd, Andrasik y Westbrook (1977)	Sujetos con dolor de cabeza tensional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrenamiento para hacer frente al stress 2. Entrenamiento en "biofeedback" EMG 3. Control de lista de espera 	Registros diarios del dolor de cabeza; lecturas de EMG frontal; cuestionarios de ansiedad	1>2=3 en los registros de dolor en el post-tratamiento y 15 semanas después
Holroyd y Andrasik (1978)	Sujetos con dolor de cabeza tensional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auto-control cognitivo 2. Auto-control cognitivo + entre-relajación como habilidad para hacer frente a la situación 3. G. control de discusión sobre el dolor de cabeza 4. Control de registro de síntomas 	Auto-registro de dolores de cabeza; cuestionario psicológico; evaluación somática; EMG; evaluación de ingestión de medicamentos	1=2=3>4 en los registros de dolor; 1=2=3=4 en el EMG e ingestión de medicamentos. Estos resultados se mantenían 6 semanas después

Tabla 1.2.3.3-2: (Continuación)

Autores	Población y problemas	Terapia de comparación	Medidas	Resultados
Horan, Hackett, Buchanan, Stone y Demchik-Stone (1977)	Respuestas de dolor en estudiantes universitarios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entr. en habilidades que hagan frente a la situación 2. Información 3. Combinación de 1 + 2 4. Tratamiento no específico 5. Control sin tratamiento 	Medidas de dolor	<p>1=3>2; 3>4; 2=4=5; sin evidencia de generalización en la mejoría</p>
Hussain y Lawrence (1978)	Estudiantes universitarios con ansiedad a los exámenes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entr. en inoculación de stress específico ante los exámenes 2. Entr. en inoculación de stress generalizado 3. Control con disolución 4. Control de lista de espera 	Prueba conductual y auto-informes y cuestionarios de ansiedad	<p>1=2=3=4 en la prueba conductual; 1>3x4, 2>4 en las medidas subjetivas; los resultados se mantenían 8 meses después</p>
Kendall y Finch (1978)	Niños impulsivos con un promedio de edad de 10.5 años	<ol style="list-style-type: none"> 1. E.A.I. + coste de respuesta contingente 2. G. control con recompensas no contingentes 	Tarea conductual; escalas de calificación	<p>1>2 en la tarea conductual; generalización a la clase normal según la evaluación de los profesores; la mejoría se mantenía 2 meses después</p>

Tabla 1.2.3.3-2: (Continuación)

Autores	Población y problemas	Terapia de comparación	Medidas	Resultados
Margolis y Shemberg (1976)	Esquizofrénicos	1. E.A.I. 2. Controles de la práctica en los sujetos de E.A.I.	Símbolo digital y tareas de distracción auditivas	1=2
Meichenbaum (1972)	Estudiantes con ansiedad ante los exámenes	1. Modificación cognitiva (E.A.I. + entr. en relajación) 2. D. sistemática 3. Control sin tratamiento	Auto-informes y cuestionario de ansiedad	1=2>3 en los auto-informes; 1>2=3 en el cuestionario
Meichenbaum, Gilmore y Fedoravicius (1971)	Ansiedad al hablar en público	1. E.A.I. 2. D. sistemática 3. Combinación de 1 + 2 4. Atención-placebo 5. Control de lista de espera	Observaciones conductuales, auto-informes y cuestionario de ansiedad	1=2>3=4>5 en las observaciones conductuales; 1=2=3>4>5 en la mayoría de las medidas subjetivas; los resultados se mantenían tres meses después
Meichenbaum (1972)	Estudiantes universitarios con ansiedad a los exámenes	1. E.A.I. + desensibilización 2. D. sistemática 3. Control de lista de espera	Ejecución de prueba análoga, auto-informes y cuestionario	1>2=3 en las medidas conductuales y subjetivas en el post-tratamiento y 1 mes después

Tabla 1.2.3.3-2: (Continuación)

Autores	Población y problemas	Terapia de comparación	Medidas	Resultados
Novaco (1976)	Adultos con problemas de ira	1. E.A.I. 2. Entrenamiento en relajación 3. Combinación de 1 + 2 4. Atención-placebo	Presión sanguínea y auto-informes durante la imaginación de tareas y durante su representación	3 > 1 > 2 > 4
Nelson y Birkimer (1978)	Niños impulsivos de 2º y 3º grado	1. E.A.I. 2. E.A.I. + auto-reg forzamiento 3. Control con atención 4. Sin tratamiento	Cuestionarios	1=3=4; 2 mejoró significativamente desde la pre-evaluación a la post-evaluación
Robin, Armel y O'Leary (1975)	Niños de guardería con deficiencias en la escritura	1. E.A.I. 2. Entr. directo ("feedback" y reforzamiento social contingente con la ejecución) 3. Control sin tratamiento	Tarea de escritura	1>2>3; sin evidencia de generalización
Thorpe (1975)	Sujetos no asertivos	1. E.A.I. 2. D. sistemática 3. Ensayo conductual 4. Reestructuración cognitiva de D'Zurilla y otros, 1973	Prueba de representación conductual; medidas fisiológicas, auto-informe y cuestionario de ansiedad	1=3>2>4 en la prueba conductual; 1>3>4, 2>4 en medidas subjetivas; sin evidencia de generalización a situaciones no tratadas

Tabla 1.2.3.3-2: (Continuación)

Autores	Población y problemas	Terapia de comparación	Medidas	Resultados
Wein, Nelson y Odom (1975)	Estudiantes universitarios con temor a las serpientes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reestructuración cognitiva 2. D. sistemática 3. Extinción verbal 4. Atención-placebo 5. Sin tratamiento 	Medidas subjetivas psicológicas y conductuales	<p>1=2, 4=5 en la prueba conductual;</p> <p>1=5 en las medidas subjetivas</p>
Weissberg (1977)	Ansiedad a hablar en público	<ol style="list-style-type: none"> 1. E.A.I. + desensibilización 2. D. sistemática con formas y cues- imágenes que hacen tionario de ansiedad 3. D. sistemática (cada grupo se dividió a la mitad; una parte recibió tratamiento directo y la otra tratamiento vicario) 	Medidas conductuales, auto-información	<p>1>2>3 globalmente.</p> <p>tratamientos directos > tratamientos vicarios globalmente</p>

En otro estudio, desarrollado con sujetos que pa-
decían miedo a las serpientes, Meichenbaum (1971 b) evaluó
los efectos de las instrucciones de "dominio de la situa-
ción" ("mastery") versus las que "hacían frente a las si-
tuaciones" ("coping"). Se consideró un modelo de individuo
que hacía frente a las situaciones, aquél que mostraba una
ansiedad similar a la del observador, pero que gradualmen-
te luchaba contra sus miedos y eventualmente realizaba las
tareas en las que estaba implicado. Un modelo de sujeto --
que dominaba las situaciones sería aquél que se mostraba --
competente e impertérrito durante su ejecución. Los resul-
tados indicaron que: 1) la exposición a modelos que preseñ-
taban una conducta que hacía frente a las situaciones (se
aproximaba a la serpiente con marcada dubitación y se sepa-
raba de ella ocasionalmente) tenía efectos significativa-
mente mayores que la observación de modelos que presenta-
ban un comportamiento de dominio de la situación (aproxima-
ción a la serpiente de forma segura e impertérrita) ; ----
2) el añadir a las ejecuciones que hacían frente a la si-
tuación auto-instrucciones que también hacían frente a la
situación (describir los miedos iniciales, auto-instruccio-
nes para respirar profundamente y relajarse) era significa-
tivamente más efectivo. Los modelos con comportamientos y
auto-verbalizaciones que hacían frente a la situación ---
eran los más efectivos para reducir la conducta de evita-
ción. Sin embargo, estos resultados no concuerdan con los
obtenidos por Kanfer, Karoly y Newman (1975). En este tra-
bajo, realizado con niños que tenían miedo a la oscuridad,
se concluyó que las auto-manifestaciones, que ponían énfasis
en la competencia, resultaban ser más eficaces para

lerar la oscuridad que las encaminadas a reducir lo aversivo de los estímulos específicos de la situación.

También es de gran relevancia la investigación - desarrollada por Glogower, Fremouw y McCroskey (1978), don de se analizó la importancia de reconocer las auto-manifes taciones negativas, como un requisito necesario del Entre- namiento en Auto-Instrucción. Los resultados mostraron que el aplicar de forma combinada el reconocimiento de auto-ma nifestaciones negativas junto con el conocimiento y ensayo de auto-manifestaciones, que hacían frente a las situacio- nes, resultaba significativamente más eficaz que aplicar - cada uno de estos elementos por separado.

Del análisis de las Tablas 1.2.3.3-1 y 1.2.3.3-2 podemos deducir un conjunto de conclusiones que pasaremos a enumerar. En primer lugar, el Entrenamiento en Auto-Ins- trucción aparece en algunos estudios con otras denominacio- nes tales como: Terapia Cognitiva, Entrenamiento Cogniti- vo, Entrenamiento para Enfrentarse al Stress, etc. Aunque algunos autores lo han denominado de estas otras formas, - el procedimiento que exponen es esencialmente similar al - procedimiento descrito por Meichenbaum y por este motivo- están incluidos en estas Tablas.

Con respecto a su eficacia como procedimiento te- rapéutico, aparecen resultados clínicamente significativos, no sólo en los trabajos llevados a cabo directamente por - Meichenbaum, sino también en las réplicas e investigacio- nes realizadas por otros autores, lo que corrobora la va-

lidez interna y externa del procedimiento. Así, podemos -- concluir que el Entrenamiento en Auto-Instrucción resulta ser significativamente más eficaz, al compararlo con diversos grupos control , ya sean estos grupos placebo o -- grupo sin ningún tipo de tratamiento. Además, cuando se compara con procedimientos de tratamiento alternativos, tales como desensibilización sistemática, ensayo de conducta, - "biofeedback" EMG o procedimientos de condicionamiento ope_{ra}nte, el Entrenamiento en Auto-Instrucción parece ser por lo menos tan eficaz como cualquiera de ellos.

Sin embargo, a la hora de analizar la significación clínica de estos resultados aparecen algunas objeciones. Así, el tiempo establecido para el seguimiento es muy corto en los trabajos reseñados, puesto que el más largo - resulta ser el fijado por Glass, Gottman y Shmurak (1976), que tuvo una duración de seis meses. Por ésto, podríamos - decir que no se ha demostrado aún su eficacia a largo plazo. También está sin comprobar su utilidad para solucionar problemas graves, a través de muestras heterogéneas de pacientes. Aunque con el Entrenamiento en Auto-Instrucción - se trata un rango de problemas mayor que con la Terapia Racional Emotiva (obesidad, trastornos impulsivos e hiperactivos, problemas de atención y del lenguaje en los esquizo_{fr}énicos, dolor de cabeza tensional, etc.), el 50% de los estudios está realizado en un medio de laboratorio, con -- problemas leves tales como ansiedad interpersonal ante los exámenes o a hablar en público y miedo a las serpientes u otros animales.

Por último, El Entrenamiento en Auto-Instrucción no ha demostrado aún que obtenga mayores resultados - en la generalización de los efectos del tratamiento que la modificación de patrones de respuestas específicas. Aunque aparecen trabajos como los de Borstein y Quevillon (1976), Carmody (1978), Kendall y Finch (1978), Meichenbaum (1972) y Meichenbaum y Cameron (1973), que muestran evidencia de efectos de generalización, también existen otros en los -- que esta generalización de los resultados no se constata, como en los de Douglas y otros (1976), Horan y otros ---- (1977), Robin, Armel y O'Leary (1975) y Thorpe (1975). --- Además, algunos de los trabajos que encuentran generalización deben matizarse en sus conclusiones. Así, por ejemplo, en la investigación llevada a cabo por Kendall y Finch --- (1978) se combina el Entrenamiento en Auto-Instrucción con la técnica de coste de respuesta y en la realizada por --- Meichenbaum (1972) se enseña, además del Entrenamiento en Auto-Instrucción, a utilizar la relajación como una habilidad que compite de forma activa con la ansiedad. Por esto, ninguno de estos dos estudios puede atribuir la generalización producida al efecto del Entrenamiento en Auto-Instrucción solo, ya que en el procedimiento de terapia cognitiva se incluyeron otras técnicas de tratamiento.

De todo lo anteriormente expuesto, podemos concluir que son necesarios un mayor número de trabajos empíricos sobre los diversos elementos del procedimiento, el mantenimiento de los resultados obtenidos a largo plazo y la generalización de los mismos, puesto que no parecen es-

tar aún suficientemente constatados. No obstante, aparece de forma evidente que el Entrenamiento en Auto-Instrucción es más eficaz que no tener tratamiento o tener un tratamiento placebo y tan eficaz como otros procedimientos alternativos.

1.3.- Enfoque cognitivo de los problemas de aserción.

De los estudios analizados en el apartado 1.1. - sobre el entrenamiento en aserción, se podría sacar la conclusión de que el modelo subyacente, en la mayoría de ---- ellos, es que los individuos no asertivos tienen un déficit en su repertorio conductual. Por esto, la meta del entrenamiento era tratar que el cliente adquiriera las conductas asertivas que no tiene.

Como se ha visto, los procedimientos de intervención más usuales, introducidos en el entrenamiento en aserción, incluyen técnicas tales como: el ensayo de conducta, las instrucciones, la imitación de modelos y la práctica - en vivo.

Pero, además de este modelo, un segundo enfoque alternativo, que explica la conducta no asertiva, presupone que las personas que tienen déficit en aserción poseen en su repertorio conductual las conductas asertivas nece--sarias, pero éstas están inhibidas. Esta inhibición se deberá a una ansiedad condicionada a las situaciones asertivas (Wolpe, 1973; Salter, 1949). La forma propuesta para - reducir la ansiedad, que acompaña a la aserción, fue la utilización de la desensibilización sistemática. De los trabajos expuestos en el apartado 1.1., sobre este punto se puede concluir que aunque esta técnica fue eficaz para incrementar la conducta asertiva, sin embargo no fue tan efectiva como un entrenamiento en aserción (Thorpe, 1975; Trower

y otros, 1978).

Un tercer modelo, que es una variación del modelo anterior de inhibición por ansiedad, sugiere que la conducta no asertiva puede estar causada por valoraciones cognitivas desadaptadas. Esta teoría, que pone énfasis en la mediación de las creencias irracionales, surge de la experiencia clínica, donde se constata que los clientes muestran, con frecuencia, grandes avances en el comportamiento asertivo, después de haber considerado, cuidadosamente, -- las consecuencias de estar influidos por determinadas creencias o pensamientos, que les inducían a comportarse de ese modo (Lange y Jakubowski, 1976; Goldfried y Davison, 1976). En estos casos, los problemas de aserción de los clientes parecían estar mantenidos por miedos irreales acerca de -- las posibles reacciones de los otros, como pudiera ser la desaprobación y no por una falta de habilidad para emitir respuestas asertivas.

Así, parecen mantener esta observación clínica -- los trabajos desarrollados por Schwartz y Gottman y Alden y colaboradores. En la investigación realizada por ----- Schwartz y Gottman (1976 b) se llegó a la conclusión de -- que los individuos no asertivos producían más auto-manifestaciones negativas, en situaciones que requerían una respuesta asertiva, que los sujetos asertivos. Además, constataron que los individuos no asertivos podían describir y -- realizar conductas asertivas en situaciones de simulación y, sin embargo, no ejecutaban esas conductas en situaciones de la vida real. Alden y Safran (1978) compararon suje

tos que sostenían muchas de las creencias irracionales descritas por Ellis, con sujetos que apenas mantenían estas creencias. En sus resultados encontraron que los sujetos que tenían muchas ideas irracionales eran menos asertivos y tenían mayor ansiedad, durante las representaciones de situaciones asertivas, que los sujetos que tenían pocas ideas irracionales. Estos datos se encontraron también en situaciones de la vida real. Alden y otros (1978) confirmaron los datos aportados por Schwartz y Gottman, respecto a que los individuos no asertivos eran capaces de describir la conducta asertiva apropiada, aún cuando no eran capaces de ejecutarla. En el trabajo desarrollado por Alden y Cappe (1981) se concluye que la falta de aserción de un grupo de estudiantes universitarios estaba relacionada con procesos de auto-valoración negativa, más que con un déficit de habilidades. En este estudio se comprobó que los sujetos asertivos y no asertivos no diferían en competencia social, a la hora de representar situaciones que requerían respuestas asertivas. Sin embargo, los sujetos no asertivos se auto-valoraban como menos asertivos, menos efectivos y más ansiosos que los sujetos asertivos. Además, informaban que sostenían creencias irracionales como las expuestas por Ellis.

Por otra parte, las decisiones individuales que llevan a utilizar conductas asertivas parecen estar basadas en el tipo de resultados que se anticipen (Friedler y Beach, 1978; Eisler, Frederiksen y Peterson, 1978). La investigación desarrollada por Eisler, Frederiksen y Peterson mostró que los pacientes altos en aserción esperaban, en

las situaciones sociales, más consecuencias positivas de los otros que los pacientes bajos en aserción. Además, estos últimos expresaban, frecuentemente, sus preferencias por comportamientos asertivos, pero en las representaciones de situaciones interpersonales no ejecutaban esas respuestas asertivas.

Un conjunto de investigaciones proponen que el hecho de que una persona se comporte de forma asertiva depende de cómo percibe la conducta asertiva (Broverman y otros, 1970, 1972; Hess y otros, 1980; Jakubowski-Spector, 1973; Kelly y Worell, 1977; Spence y Helmreich, 1972). --- Específicamente se sugiere que la misma conducta asertiva sería evaluada en términos más favorables si quien la exhibiera fuera un hombre y no una mujer (Cowan y Koziej, 1979; Linehan y Egan, 1979). Esto sería una consecuencia del estereotipo tradicional de los papeles que debería desempeñar cada sexo, que ha desvalorizado históricamente la conducta asertiva en las mujeres, pero la ha reforzado en los hombres. El trabajo llevado a cabo por Kelly y otros ----- (1980) reafirma esta hipótesis. Para realizar su estudio, presentó en vídeo comportamientos asertivos y no asertivos, de hombres y mujeres universitarios, cuando hacían frente a peticiones no razonables. Se pidió a los observadores que evaluaran, en un cuestionario de atracción interpersonal, los comportamientos de los modelos que habían observado. Los modelos asertivos se consideraban más hábiles socialmente y más capaces de manejar al antagonista de forma efectiva que los modelos no asertivos, pero se les valoraba más bajo en medidas de consideración, afectividad, --

flexibilidad y amistad. Además, tanto los hombres como las mujeres que participaron en la observación consideraron negativamente la conducta asertiva de las mujeres -prácticamente las mismas que las de los hombres- sobre diversos índices de consideración, atractivo, habilidad y competencia. También aparecieron este tipo de resultados en el trabajo desarrollado por Hull y Schroeder (1979). En este estudio se analizaron las respuestas de hombres y mujeres al interactuar con mujeres que se comportaban asertiva, no asertiva y agresivamente. Encontraron que la conducta no asertiva era evaluada positivamente, la conducta agresiva negativamente y la asertiva como justa y no vengativa, pero también no compasiva, agresiva y dominante. No aparecieron diferencias consistentes entre los sujetos de distinto sexo.

Sin embargo, Woolfolk y Dever (1979), Hull y Schroeder (1979), Epstein (1980) y Kern (1982) no encontraron este efecto de desvalorización de la conducta asertiva en las mujeres, aunque sí constataron valoraciones negativas del comportamiento asertivo. Woolfolk y Dever (1979) presentaron comunicaciones grabadas y diálogos escritos a máquina, de hombres y mujeres que se comportaban asertiva, no asertiva y agresivamente, para que fueran evaluados por observadores. Los resultados mostraron que la conducta asertiva fue evaluada como eficaz y apropiada, pero también fue considerada más descortés, insatisfactoria y hostil que la no asertiva. Cuando la respuesta asertiva se mitigaba con comentarios corteses y amigables (aserción empática), los observadores la evaluaban de forma más positi-

va. No se encontraron interacciones significativas entre el tipo de conducta exhibida, el sexo de la persona que emitía las conductas y el de las personas que las evaluaban.

Epstein (1980), a su vez, mostró que la aserción tiende a producir consecuencias sociales positivas en situaciones de petición razonable, la agresión directa elicitaba predominantemente respuestas negativas, la agresión pasiva produce menos respuestas negativas que la agresión directa y la no aserción produce predominantemente consecuencias positivas. Sin embargo, se encontró que las calificaciones de los comportamientos no asertivos eran, significativamente, más positivas que las de los comportamientos asertivos. No aparecieron diferencias entre las evaluaciones realizadas a sujetos de distinto sexo.

La investigación llevada a cabo por Kern (1982) viene a matizar estos resultados. Para ello analizó el impacto que produce el comportamiento asertivo, asertivo-empático y no asertivo, de hombres y mujeres, en individuos evaluados como altos y bajos en aserción. Se observaron los comportamientos de unos modelos en determinadas situaciones cuando respondían negativamente ante peticiones. Los resultados indicaron que los sujetos bajos en aserción evaluaban negativamente los comportamientos asertivos, pero consideraban positivamente los comportamientos no asertivos y en menor medida los asertivo-empáticos; mientras que los sujetos altos en aserción valoraban negativamente la conducta no asertiva y positivamente la conducta aser-

tiva y asertivo-empática, siendo esta última evaluada más positivamente. No obstante, los sujetos asertivos fueron evaluados por los sujetos bajos en aserción como altamente competentes, pero menos considerados y deseables que los modelos no asertivos. Los resultados no indican que la aserción de las mujeres se considere más negativa que la aserción en los hombres.

En otro intento de relacionar las premisas cognitivo-conductuales con la aserción, Klass (1981) investigó si la aserción y las respuestas cognitivas variaban en función del sentimiento de culpa. Se consideró la culpa como "sentir que se causa daño a alguien al comportarse de forma asertiva" (Klass, 1981, pp. 283-4). El estudio se centró en la conducta de decir que no. Los resultados mostraron que el grupo con altos sentimientos de culpa era, significativamente, menos asertivo que el grupo con pocos sentimientos de culpa. Además, el grupo con altos sentimientos de culpa informaba que tenía, significativamente, más auto-manifestaciones que indicaban que el comportamiento asertivo iba a herir a la otra persona y que él sería el responsable de ello.

Los estudios expuestos hasta aquí muestran la existencia de diferencias cognitivas al comparar las personas asertivas con las no asertivas. Estas diferencias llevan a plantear la conveniencia de establecer estrategias de intervención diseñadas para modificar esas cogniciones desadaptadas de los no asertivos, a la hora de realizar un entrenamiento en aserción, en lugar de centrarse en la ad

Adquisición de nuevas conductas. Desde hace algunos años, -- existen datos empíricos que ponen de manifiesto la efica-- cia de las terapias basadas en la modificación de las ---- creencias y expectativas de los clientes, en un intento de reducir su ansiedad social ante las evaluaciones de los -- otros (Goldfried, Linehan y Smith, 1978; Kanter y Goldfried, 1979; Meichenbaum, Gilmore y Fedoravicius, 1971; Trexler y Karst, 1972). En términos amplios, este enfoque, como ya he-- mos visto en el apartado 1.2. sobre las terapias cognitivo- conductuales, asume el supuesto de que la forma en que los individuos evalúan las situaciones determina sus respues-- tas emocionales a esos acontecimientos. Específicamente se parte de la idea de que las creencias irracionales y las - auto-manifestaciones negativas tienen como resultado res-- puestas emocionales desadaptadas. Desde este punto de vis-- ta, el objetivo de la terapia sería modificar las creen--- cias irracionales y entrenar al sujeto a discriminar las - situaciones que pueden generar problemas.

Un conjunto de trabajos han intentado analizar - si la intervención cognitiva es más eficaz que el entrena-- miento en aserción tradicional, centrandose en enseñar al -- cliente los comportamientos asertivos que necesita. Las di-- versas investigaciones , que ponen de manifiesto la efecti-- vidad de uno u otro tipo de intervención con sujetos no -- asertivos, se encuentran resumidas en la Tabla 1.3-1. En - un análisis de esta Tabla se observa que, como procedimien-- tos terapéuticos cognitivos, se utiliza la T.R.E. en 5 in-- vestigaciones, el Entrenamiento en Auto-Instrucciones en - otras 4 y sólo en 1 se utilizó el procedimiento de rees--- tructuración cognitiva, propuesto por Goldfried (Goldfried y otros, 1974).

Tabla 1.3-1: Estudios de resultados sobre la eficacia de la intervención cognitiva en los problemas de aserción

Autores	Población y problemas	Procedimientos	Medidas	Resultados
Alden, Safran y Weideman (1978)	Clientes no asertivos	1. T.R.E. 2. Entrenamiento en habilidades sociales 3. Control sin tratamiento	Tareas conductuales y auto-informes de aserción	$1 \alpha 2 > 3$
Carmody (1978)	Adultos no asertivos reclutados por anuncio	1. T.R.E. + ensayo de conducta 2. E.A.I. + ensayo de conducta 3. Ensayo de conducta 4. G. control	Observaciones conductuales, auto-informes de aserción y ansiedad social	$1=2=3$ en todas las medidas y en el seguimiento 3 meses después; $1>2 \alpha 4$ en la prueba en "nivel" de generalización en el post-tratamiento
Derry y Stone (1979)	Clientes no asertivos	1. Ensayo de conducta 2. E.A.I. + ensayo de conducta 3. G. control	Tareas conductuales	$1 \alpha 2 > 3$

Tabla 1.3-1: (Continuación)

Autores	Población y problemas	Procedimientos	Medidas	Resultados
Jacobs y Cochran (1982)	Adultos no asertivos reclutados por anuncio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ensayo de conducción 2. Ensayo de conducción + lectura sobre derechos personales 3. Reestructuración cognitiva + 2 4. Igual que el 3 con dos semanas más de tiempo 5. Control de lista de espera 	Auto-informes y auto-observación	3<4>1<2>5 ; estos resultados se mantenían 6 meses después
Kazdin y Mascitelli (1982)	Sujetos no asertivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ensayo de conducción 2. E.A.I. + ensayo de conducta 3. Práctica en casa + ensayo de conducción 4. Combinación de 1 + 2 + 3 5. Control de lista de espera 	Auto-informes y pruebas conductuales	1<2<3<4>5; estos resultados se mantenían 6 meses después debido a la práctica en casa

Tabla 1.3-1: (Continuación)

Autores	Población y problemas	Procedimientos	Medidas	Resultados
Linehan, Goldfried y Goldfried (1979)	Mujeres no asertivas reclutadas por anuncio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reestructuración racional 2. Ensayo de conducta 3. Combinación de 1 + 2 4. Atención-placebo 5. Control de lista de espera 	Pruebas conductuales de aserción; auto-información y cuestionario de ansiedad	<p>3=2=1>4=5 en la mayoría de medidas conductuales; 3=2>1 en algunas medidas conductuales; 3=2=1>4=5 en los auto-informes; Esto último se repitió 8-10 semanas después pero estadísticamente 3=2=1=4. Los grupos 3 y 2 mostraron mayor generalización en la mejoría</p>
Thorpe (1975)	Sujetos no asertivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. E.A.I. 2. D. sistemática 3. Ensayo de conducta 4. Reestructuración cognitiva de D'Zurilla y otros, 1973 	Prueba conductual; medidas fisiológicas; auto-informe y cuestionario de ansiedad	<p>1=3>2=4 en la prueba conductual; 1=3>4, 2>4 en medidas subjetivas; sin evidencia de generalización a situaciones no tratadas</p>

Tabla 1.3-1: (Continuación)

Autores	Población y problemas	Procedimientos	Medidas	Resultados
Tiegerman (1975)	Universitarios no asertivos	1. T.R.E. 2. E.A. 3. Combinación de 1 + 2 4. Control sin contacto	Auto-informes de ansiedad	2 > 3 > 1 > 4
Wolfe y Foder (1977)	Mujeres no asertivas	1. Ensayo de conduc ta + imitación + T.R.E. 2. Ensayo de conduc ta + imitación 3. Grupo de informa ción 4. Control de lista de espera	Auto-informes, cuestionario y medidas conduc tuales de ansie dad	1=2>3α4 en la medida conduc tual; 1>4 en una medida de auto-informe

Los trabajos que utilizaron T.R.E. ofrecen resultados contrapuestos. Así, Tiegerman (1975) comparó la eficacia de la T.R.E. con el entrenamiento en aserción y la unión de ambos. Los resultados mostraron que el entrenamiento en aserción sólo fue más eficaz que las otras dos condiciones de tratamiento. Sin embargo, Wolfe y Foder (1977) y Alden y otros (1978) no presentan los mismos resultados. Wolfe y Foder compararon el ensayo de conducta más imitación con la combinación de ensayo de conducta, imitación y T.R.E. Las conclusiones indican que el componente racional emotivo no incrementó la conducta asertiva, pero redujo, significativamente, la ansiedad en situaciones que implicaban aserción. Alden y otros (1978), a su vez, encontraron que la T.R.E. era tan eficaz como el entrenamiento en habilidades sociales. Por el contrario, Jacobs y Cochran (1982) muestran la superioridad de la combinación de la T.R.E. con el ensayo de conducta, al compararla con ensayo de conducta solo, cuando se entrenaban en el tratamiento de situaciones problema específicas relevantes para los sujetos y se utilizaba un procedimiento de auto-observación en vivo.

Respecto a los estudios que emplearon Entrenamiento en Auto-Instrucciones, Thorpe (1975) y Derry y Stone (1979) no encontraron diferencias significativas al comparar ensayo de conducta y el entrenamiento en auto-instrucciones, siendo las dos condiciones igualmente eficaces.

Por otra parte, Kazdin y Mascitelli (1982) informan que el entrenamiento en auto-instrucciones combinado con ensayo - de conducta y práctica en casa tiene mayor eficacia que la práctica en casa más el ensayo de conducta, que el entrena miento en auto-instrucciones más ensayo de conducta y que el ensayo de conducta solo.

Carmody (1978) comparó grupos que recibieron ensayo de conducta solo, o en combinación con T.R.E. o con - Entrenamiento en Auto-Instrucciones. Los resultados no mos traron diferencias significativas entre los tres grupos.

Finalmente, Linehan y otros (1979) compararon la efectividad del ensayo de conducta, la terapia de reestruc turación cognitiva propuesta por Goldfried y la combina--- ción de ambas condiciones. Los resultados indicaron que no había diferencia entre los tres grupos. No obstante, los autores hacen constar que aunque estadísticamente no apa-- recen diferencias significativas, desde un punto de vista clínico consideran que ha dado resultados más positivos la combinación de la terapia de reestructuración racional con el ensayo de conducta.

Como resumen de lo expuesto en este apartado, -
se pueden establecer las siguientes conclusiones:

1) Parecen encontrarse datos que certifican la -
existencia de factores cognitivos que mediatizan la emi---
sión de las conductas asertivas, apareciendo diferencias -
cognitivas cuando se comparan sujetos asertivos y no aser-
tivos.

2) A pesar de estos datos, no hay pruebas sufi--
cientes que presenten evidencias de la mayor eficacia de -
los procedimientos cognitivos sobre los conductuales, aun-
que en algunos estudios se muestra que ambas intervencio--
nes son igualmente efectivas.

Ante estos datos se plantea, en cualquier caso,
la necesidad de generar nuevos estudios que sirvan para --
esclarecer el papel real que juega el cambio directo de --
las respuestas cognitivas en el entrenamiento en aserción,
así como la eficacia diferencial de diferentes procedimien-
tos de cambio cognitivo y los efectos sumativos de la ----
unión de procedimientos cognitivos y conductuales.

2.- ESTUDIO EXPERIMENTAL.

El objetivo de esta investigación es dar un paso más en el esclarecimiento del papel que juegan los procedimientos de cambio cognitivos, cuando se introducen en el entrenamiento en aserción.

Una vez revisados los diversos trabajos, que se han llevado a cabo en este área, observamos que surgen un conjunto de aspectos que no han sido tenidos en cuenta - y que, a nuestro entender, no pueden dejar de tenerse en - consideración cuando se plantea una investigación:

- 1) En el fenómeno de la aserción parecen estar - interviniendo un conjunto de conductas cognitivas, motóreas y fisiológicas (Linehan, --- 1979) y no parece adecuado el centrarse sólo en alguna de ellas a la hora de la intervención terapéutica, como lo hacen la mayoría de los trabajos.
- 2) La forma de adquisición de tales conductas -- asertivas, en individuos con problemas en aserción, no parece estar claramente establecida: puesto que, como acabamos de ver en el apartado anterior, resultan tener igual eficacia los tratamientos conductuales y los cognitivos.

- 3) No está suficientemente estudiado cuál sería el resultado de unir, en un mismo procedimiento, tratamientos conductuales y cognitivos, - que incidan en los dos sistemas de respuesta principales implicados en los problemas de -- aserción, el sistema de respuesta motor y el sistema de respuesta cognitivo.
- 4) En los casos en los que se ha utilizado la -- combinación de procedimientos cognitivos y -- conductuales, éstos últimos han estado formados, generalmente, por una sola técnica (ensayo de conducta) o, a lo sumo, dos (ensayo de -- conducta más imitación o ensayo de conducta más práctica en casa), pero no se ha puesto - en práctica el conjunto de técnicas, que han sido identificadas como componentes importantes del entrenamiento en aserción (véase el - apartado 1.1.).
- 5) El número de sesiones, normalmente empleadas en los tratamientos expuestos en las investigaciones, parece ser excesivamente corto.----- (Bellack y Morrison, 1982).
- 6) Las situaciones abordadas en los entrenamientos suelen ser estándar, independientemente de la relevancia que tengan éstas para los sujetos (Jacobs y Cochran, 1982), viéndose la -

necesidad de realizar entrenamientos específicos a las necesidades relevantes de los sujetos.

Esta investigación, a nuestro entender, encuentra su propia justificación precisamente en la exposición teórica y revisión bibliográfica que precede y de una forma particular en los aspectos específicos que acabamos de enumerar. A la vista de estos datos, no nos queda apenas dudas de poner en marcha un trabajo de investigación, que pudiese dar adecuada explicación a los problemas hasta --- ahora planteados.

2.1.- Planteamiento del problema.

A la vista de las consideraciones anteriores, y ya que en la aserción parecen estar interviniendo un conjunto de conductas cognitivas y motóricas, nos surge una serie de interrogantes, respecto a los modelos que subyacen a la planificación de los procedimientos de intervención.

La primera pregunta, que se nos plantea, hace referencia a cuál sería la eficacia de un procedimiento de entrenamiento en aserción, en el que se atendiesen tanto las respuestas motóricas como las cognitivas, mediante un procedimiento combinado cognitivo-conductual. ¿Sería este procedimiento cognitivo-conductual más eficaz que el procedimiento conductual solo?

Respecto a los procedimientos cognitivos que se utilizarán, revisados en los apartados 1.2. y 1.3., surgiría el interrogante sobre si alguno de ellos es más eficaz en este campo específico de la aserción.

Antes de intentar responder a la pregunta anterior, es importante resaltar algunas conclusiones importantes, que aparecen al realizar una comparación entre la Terapia Racional Emotiva y el Entrenamiento en Auto-Instrucciones. En primer lugar, el Entrenamiento en Auto-Instrucciones parece que es, en general, más eficaz y tiene menos

críticas metodológicas que la Terapia Racional Emotiva, -- como hemos visto en los apartados 1.2.1. y 1.2.2. Además, cuando se ha aplicado al área de la aserción nunca fue su aplicación irrelevante, obteniendo, como mínimo, los mis-- mos resultados que los procedimientos conductuales, como - aparece en el apartado 1.3. Por último, en este mismo --- apartado, en el único caso donde la Terapia Racional Emo-- tiva, combinada con la técnica de ensayo de conducta, apa-- rece más eficaz que la técnica de ensayo de conducta solo (Jacobs y Cochran, 1982), los autores utilizan elementos - del entrenamiento en auto-instrucciones en el procedimien-- to de reestructuración cognitiva.

Por tanto, a la vista de estas consideraciones, nos podíamos preguntar si no sería más eficaz, en este --- área concreta de la aserción, el Entrenamiento en Auto- -- Instrucciones que la Terapia Racional Emotiva.

En este estudio se pretende dar una explicación, lo más clara posible, a las preguntas planteadas. Con este fin, hemos llevado a cabo una investigación que, de forma específica, presta especial atención a aquellos problemas observados en los estudios referidos. Se controló, por tan-- to, que el entrenamiento en aserción estuviese formado por el conjunto de técnicas identificadas como componentes im-- portantes del mismo, así como que el número de sesiones - empleadas fuese suficiente y que las situaciones abordadas, durante el entrenamiento, fueran elegidas por los sujetos en función de su deseo de cambio. Además se trataron de ho

mogeneizar al máximo las condiciones en que se desarrollaron las sesiones de entrenamiento. Para este fin, y tal como se expone en el procedimiento, se confeccionó un programa detallado, a través del cual se pretendió regular y unificar, en todo aquello que fuese posible, el orden y -- empleo de las distintas técnicas, así como los objetivos -- específicos de cada sesión.

Por último, hemos configurado tres procedimientos de intervención, que dan justa explicación a las dudas específicas planteadas sobre la eficacia de los procedimientos o su combinación. Por una parte, hemos diseñado un procedimiento de entrenamiento en aserción, que se funda -- en el modelo de adquisición de respuestas y combina el conjunto de técnicas identificadas como componentes relevantes. Entre éstas se encuentran: el ensayo de conducta, la imitación, el "feedback", las instrucciones y la práctica en vivo. Además, hemos elaborado dos procedimientos basados en modelos cognitivos conductuales, que combinan un entrenamiento en aserción, como el que acabamos de exponer, con los métodos cognitivos más relevantes: la Terapia Racional-Emotiva y el Entrenamiento en Auto-Instrucciones.

2.2.- Formulación de hipótesis.

A la vista de los resultados, conclusiones y sugerencias más relevantes de los estudios que han sido revisados y teniendo especialmente en cuenta los problemas que acabamos de plantear y justificar, formularemos las siguientes hipótesis:

H₁ = El Entrenamiento en Aserción, El Entrena---
 miento en Aserción + la Terapia Racional
 Emotiva y el Entrenamiento en Aserción + -
 el Entrenamiento en Auto-Instrucciones se---
 rán más efectivos, en el tratamiento de los
 problemas de aserción, que el no tratamien-
 to. Es decir,
 EA, EA + TRE y EA + EAI > no tratamiento.

H₂ = El Entrenamiento en Aserción + la Terapia -
 Racional Emotiva y el Entrenamiento en ---
 Aserción + el Entrenamiento en Auto-Instruc-
 ciones serán, en el tratamiento de los pro-
 blemas de aserción, más efectivos que el En-
 trenamiento en Aserción solo. Es decir,
 EA + TRE y EA + EAI > EA

H₃ = El Entrenamiento en Aserción + el Entrenamiento en Auto-Instrucciones será más efectivo, en el tratamiento de los problemas de aserción, que el Entrenamiento en Aserción + la Terapia Racional Emotiva. Es decir,
EA + EAI > EA + TRE

2.3.- Método.

Antes de la realización de la investigación, que aquí se presenta, se llevaron a cabo diversos seminarios - teórico-prácticos, a lo largo de tres años consecutivos. - Estos seminarios estaban destinados a poner en práctica -- las técnicas, que posteriormente se utilizarían, así como a formar observadores y ayudantes del experimentador. Un - año antes, se realizó un estudio piloto con una muestra de las mismas características a la utilizada posteriormente - (alumnos de 1º. curso de Psicología). Dado que el análisis de los datos obtenidos, en este estudio previo, arrojó resultados positivos y alentadores, se puso en marcha la investigación definitiva.

2.3.1.- Sujetos.

A un total de 160 sujetos, estudiantes de primer curso de Psicología e interesados en participar en un seminario voluntario de entrenamiento en aserción, se les aplicó el Inventario de Asertividad de Rathus (Rathus, 1973 a). Fueron seleccionados aquellos que obtuvieron puntuaciones inferiores a 0, resultando un número de 59.

Una vez realizada esta primera selección de individuos con dificultades en aserción, se cumplimentó el --- Inventario de Aserción (Cambrill y Richey, 1975) y se seleccionaron aquellos sujetos que tuvieron puntuaciones --- iguales o superiores a 95 y 105 en las escalas de "grado de malestar" y "probabilidad de respuesta". Se llevó a cabo una entrevista personal, en la que se recogió información sobre si habían recibido o estaban recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico y se evaluaba su disponibilidad para participar en un grupo de entrenamiento en aserción.

Con las puntuaciones resultantes de los dos inventarios, una vez descartados los individuos que habían --- tenido alguna relación terapéutica, se formó un grupo final de 28 sujetos que presentaban déficit en aserción.

Estos 28 sujetos se distribuyeron aleatoriamente entre las tres condiciones experimentales y el grupo con---

trol, formándose cuatro grupos de 7 sujetos cada uno.

Los grupos presentaban características homogéneas respecto a la edad, 19-20 años, y al sexo, cada grupo estaba compuesto por 5 mujeres y 2 hombres.

Se controló que ninguno de los sujetos participantes tuviera contactos terapéuticos psiquiátricos o psicológicos durante el tiempo que duró la investigación.

2.3.2.- Material de evaluación.

En el presente estudio. se han empleado distintas técnicas de evaluación, con el propósito de obtener información sobre aquellos aspectos que han sido considerados más relevantes en relación con la conducta asertiva. - Estas técnicas comprenden medidas de auto-informe (cuestionarios) y medidas de observación (apreciaciones puntuales efectuadas por observadores durante la realización de una prueba conductual).

Antes de iniciar la descripción de cada una de las técnicas, señalaremos que los cuestionarios utilizados han sido traducidos expresamente para la realización de esta investigación. Por este motivo se realizó un análisis -

de la fiabilidad de dichas pruebas. En el apartado correspondiente de análisis previos se adjuntan los resultados obtenidos. También, conviene destacar que fue preciso diseñar la prueba conductual que se utilizó para las medidas de observación, que se describirá más adelante.

2.3.2.1.- Medidas de auto-informe.

Se utilizaron dos medidas de auto-informe: el -- Inventario de Asertividad de Rathus, cuestionario más frecuentemente utilizado en investigaciones sobre aserción, y el Inventario de Aserción de Cambrill y Richtey (1975), -- considerado el cuestionario más válido para una planificación terapéutica conductual de la aserción (Linehan, 1979).

A) Inventario de Asertividad de Rathus.

Descripción: Este cuestionario, elaborado por -- Rathus (1973a), permite una evaluación válida de la aser--- ción. Proporciona información útil sobre las impresiones del sujeto acerca de su propia aserción y sobre los com--- portamientos típicos de la persona en situaciones muy variadas.

Constade 30 items, en los que el sujeto tiene -- que evaluar en qué medida son descriptivos o característicos de su comportamiento. Para ésto, utiliza una escala de 6 puntos con un rango de + 3 (muy característico, extremadamente descriptivo) a -3 (no característico, nada descriptivo). De los 30 items, 13 están redactados de forma positiva y 17 de forma negativa.

Condiciones de aplicación: Se utilizó la versión completa con sus correspondientes instrucciones. Se aplicó en tres momentos muy distantes durante la investigación: - al iniciarse, como primera medida de selección de los sujetos, al final de las 14 sesiones de entrenamiento y a los 6 meses de terminado éste, en la evaluación del seguimiento.

B) Inventario de Aserción.

Descripción: Este cuestionario fue elaborado por Gambrill y Richey en 1975, e intenta medir las deficiencias en la conducta asertiva. Consta de 40 items. En cada item el sujeto tiene que indicar: (1) el grado de malestar o ansiedad que produce la realización de dicha conducta; - para esto utiliza una escala de 5 puntos que varía de 1 -- (nada) a 5 (muchísimo), (2) la probabilidad con que ejecutaría la conducta si se presentara actualmente en esa situación; esto se evalúa en una escala de 5 puntos que va--

ría desde 1 (siempre lo hago) a 5 (nunca lo hago) y (3) -- las situaciones en las que le gustaría comportarse de forma más asertiva.

Los 40 items incluidos tienen en consideración - el continuo familiaridad-no familiaridad e incluyen, en -- las situaciones, las diversas personas que pueden estar im-- plicadas (i.e., extraños, conocidos, amigos). Además, los items se integran en las siguientes categorías: (1) rechazar peticiones, (2) expresar limitaciones personales, tal como admitir ignorancia en algunas áreas, (3) iniciar contactos sociales, (4) expresar sentimientos positivos, (5) manejar o enfrentarse a las críticas, (6) diferir de otros, (7) aserción en situaciones de servicio y (8) dar "feed---back" negativo.

Condiciones de aplicación. Se utilizó la versión completa con sus correspondientes instrucciones. Se aplicó en tres momentos, a lo largo de la investigación: antes -- del entrenamiento, como medida de selección de los sujetos, después del entrenamiento y a los 6 meses de terminado éste, como una medida del seguimiento.

2.3.2.2.- Medidas de observación.

En este apartado incluiremos la descripción de las conductas, que fueron objeto de observación en las evaluaciones y los criterios de calificación utilizados. Las conductas seleccionadas intentan recoger aquellas conductas no verbales y paraverbales, que la mayoría de los autores consideran relevantes en los problemas de aserción --- (Alberti y Emmons, 1978; Trower y otros, 1978; Lange y --- Jakubowski, 1976; Liberman y otros, 1975; Eisler y otros, 1973 b).

Descripción de las conductas objeto de observación: El número de conductas, objeto de observación, fue 14. Se describió cada una de ellas como se indica a continuación: (1) Contacto de los ojos: Mira a la cara de la persona con la que habla, (2) Postura: Inclínación ligera del cuerpo hacia la persona con la que habla, (3) Distancia física: Aproximación física al que habla, (4) Habla fluida: Sin dubitaciones, pausas embarazosas, aclararse la garganta repetidamente, tartamudeos, (5) Inflexión de la voz: Poner énfasis en las palabras claves (expresivo), --- opuesto a monótono, (6) Volumen de voz: Volumen adecuado a la situación, (7) Uso de las manos: Enfatiza con las manos los contenidos verbales, (8) Expresividad de la cara: Enfatiza con la expresión de la cara los contenidos verbales, (9) Se tapa la boca con las manos: Lo hace mientras habla,

(10) Se toca el pelo con las manos: Cuando habla, (11) Se arregla la ropa: Cuando habla, (12) Se retuerce las manos: Cuando habla, (13) Juega con algo: Cuando habla y (14) Emitte risitas: Cuando habla.

Las conductas incluidas entre la 9 y la 14 formarían una agrupación denominada "gestos nerviosos", que denotarían ansiedad (Lange y Jakubowski, 1976)..

Modo de evaluación: Las diversas conductas fueron evaluadas siguiendo el sistema siguiente:

- " 1 " significa: no, jamás, en absoluto.
- " 2 " " : algo, algunas veces, un poco.
- " 3 " " : tantas veces si como no, medianamente.
- " 4 " " : habitualmente, mucho, bastantes veces.
- " 5 " " : prácticamente siempre, totalmente.

Condiciones de aplicación: Las observaciones se realizaron de forma directa por los observadores, mientras cada sujeto realizaba una prueba conductual. Esta prueba fue diseñada específicamente para esta investigación y consistía en la representación de tres escenas consecutivas. Cada una de ellas era una situación específica, que requería una respuesta asertiva, como veremos más adelante.

Esta información se recogió en dos ocasiones a lo largo de la investigación: una en la evaluación anterior al entrenamiento y otra después de terminadas las 14 sesiones de procedimiento de intervención terapéutica.

2.3.3.- Lugar de la investigación e instrumentos.

El entrenamiento en aserción se llevó a cabo en las cabinas nº. 0 y nº. 6 de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, durante el periodo de Noviembre a Abril del Curso 1980-81.

La cabina nº. 0 está dividida en dos secciones. En la sección interior había ocho sillas y dos mesas. Aquí realizaron los sujetos las pruebas conductuales que estuvieron sujetas a observación. En la sección exterior, separada de la interior por unos tabiques con amolios cristales, se colocaron los observadores. En esta cabina tuvo lugar la evaluación de cada uno de los participantes, antes y después del entrenamiento.

El registro de las observaciones se efectuó en hojas como la que se presenta en la figura 2.3.3.-1, que aparece en el Apéndice A.

La fase de tratamiento se realizó en la cabina - nº. 6. Consta esta cabina de dos salas parcialmente insonorizadas con planchas de papel prensado, que se comunican - entre sí mediante una puerta tapizada, por ambos lados, de este mismo material y una amplia luna de visión unidireccional. En la sala interior había ocho sillas y una mesa. Encima de la mesa se encontraba un magnetofón Grundig ---- TK 247 Luxe, al que estaba acoplado un micrófono, donde se recogían las intervenciones de los sujetos y se utilizaba para suministrar "feedback". Además, en una sesión, la número 3, se utilizó un magnetofón de cassette Philips ----- N2217, mediante el cual se presentaron diversas conductas que debían ser discriminadas. (Prueba de discriminación - entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas. ---- Apéndice A.).

2.3.4.- Diseño experimental.

En la investigación se utilizó un diseño multigrupo mediante un análisis de varianza de un criterio de clasificación. Este está compuesto por cuatro niveles. Este diseño se repitió en 3 evaluaciones. Las tres evaluaciones se efectuaron, respectivamente, una antes y dos después del tratamiento experimental. Estas dos últimas tuvieron lugar inmediatamente después y a los seis meses de la terminación del entrenamiento.

Las condiciones experimentales se distribuían de la siguiente forma:

- | | |
|-----------|---|
| Grupo I | : control, en lista de espera. |
| Grupo II | : entrenamiento en aserción y terapia racional-emotiva de Ellis. |
| Grupo III | : entrenamiento en aserción y ---- auto-instrucciones, según el procedimiento de Meichenbaum. |
| Grupo IV | : entrenamiento en aserción. |

El entrenamiento en aserción constaba de las --
siguientes técnicas: ensayo de conducta, imitación, "feed
back", instrucciones y práctica en vivo.

Se trató de evaluar la conducta asertiva, medida
a través de: 1) Inventario de Asertividad de Rathus, ----
2) Inventario de Aserción de Gambrill y Richey, y 3) Obser
vación de la conducta del sujeto en diversas representacio
nes (role-play test), teniendo en cuenta las variables re
cogidas en el apartado 2.3.2.2. Se registraron los ----
cambios producidos en los tres momentos de la evaluación.

La Figura 2.3.4.-1. presenta un esquema de las
fases seguidas en el experimento.

Tabla 2.3.4.-1 : Esquema de las fases seguidas en el experimento.

Evaluación 1 Pre-entrenamiento	Introducción de las condiciones de la variable indepen- diente	Evaluación 2 Post-entrenamiento	Seguimiento A los seis meses
<p>Inventario de Aser- tividad de Rathus.</p> <p>Inventario de Aser- ción (Gambrill y Richey).</p> <p>Observación de la conducta del sujeto en situaciones es- tructuradas (role- play tests).</p>	<p>Grupo I : control</p> <p>Grupo II : entrena- miento en aserción + terapia racional emotiva (Ellis).</p> <p>Grupo III: entrena- miento en aserción + entrenamiento au- toinstruccional (Meichenbaum).</p> <p>Grupo IV : entrena- miento en aserción*</p>	<p>Inventario de Aser- tividad de Rathus.</p> <p>Inventario de Aser- ción (Gambrill y Richey).</p> <p>Observación de la conducta del sujeto en situaciones es- tructuradas (role- play tests).</p>	<p>Inventario de Aser- tividad de Rathus.</p> <p>Inventario de Aser- ción (Gambrill y Richey)</p>

* Entrenamiento en aserción: ensayo de conducta + imitación + "feedback" + ins-
trucciones + práctica en "vivo".

2.3.5.- Procedimiento.

Se informó a los sujetos de la posibilidad de - asistir a un seminario de aserción, a través de los profesores de la asignatura de Psicología General I. La selección de los sujetos se realizó conforme a lo expuesto en - el apartado correspondiente anterior (2.3.1.).

Tanto la selección de los participantes, como el desarrollo de los programas terapéuticos, lo llevó a cabo - la autora de la investigación.

2.3.5.1.- Observadores.

Para la realización de las observaciones, se utilizó la colaboración de tres observadores. Estos fueron -- elegidos de entre un grupo de los estudiantes de Psicología de 5º. Curso, interesados en el tema de la aserción. - Para su elección se siguió el procedimiento que se expone a continuación:

- 1.- Se les informó de que su misión iba a ser la de ayudar en la evaluación de la conducta -- asertiva de unos grupos de entrenamiento. Su

tarea consistiría en observar la conducta no verbal de los sujetos. Para ello, era necesario que tuvieran un entrenamiento previo, tras el cual se elegirían aquéllos que fueran más exactos en sus observaciones.

- 2.- Se les describieron las conductas a observar y se les suministraron diversos ejemplos de las mismas. A continuación, se les entregó una hoja donde constaban estas descripciones, tal como aparece en el apartado 2.3.2.1.
- 3.- Se les presentó la hoja de registro (véase la Figura nº. 2.3.3.-1. en el Apéndice A).
- 4.- Se les asignaron tareas específicas de observación de las conductas no verbales reseñadas. El número de ensayos de observación, -- realizados durante esta fase de entrenamiento, fue de 15, efectuados a lo largo de una semana.
- 5.- Se les dió la instrucción específica de no -- comentar ni comunicarse durante las observaciones.
- 6.- Después de cada ensayo de observación se comentaban y resolvían los problemas, que hubieran tenido lugar.

y 7.- Al terminar la fase de ensayos de observa---
ción, se llevó a efecto la evaluación de los
observadores sobre la última observación rea
lizada. Se eligieron los 3 observadores que
presentaron mayor grado de acuerdo en sus ob
servaciones (1-2: .99, 1-3: .93, 2-3: .92).

A los observadores seleccionados, se les informó
acerca de su misión en el grupo terapéutico, pero no de --
los fines de la investigación, ni de las diversas condicio
nes experimentales. La información, que los observadores -
recibieron, fue la siguiente:

" Vuestra tarea será la de recoger la información
de las conductas no verbales, que ya conoceis,
que presenten los sujetos durante la realiza--
ción de una serie de representaciones, que van
a tener lugar. Es importante que prestéis gran
atención y lo hagais con la mayor exactitud po
sible, pues vuestros datos van a ayudar a poder
realizar una evaluación mejor de las deficien
cias que presenten los sujetos y así se les --
puede ayudar más eficazmente. Recordar que no
debeis comunicaros entre vosotros y que la ta
rea debe ser absolutamente individual".

2.3.5.2.- Evaluación pre-entrenamiento.

En primer lugar se aplicaron el Inventario de -- Asertividad de Rathus y el Inventario de Aserción, que sirvieron como criterio de selección de los sujetos (ver apartado 2.3.1.). Una vez convocados los sujetos, de acuerdo con los grupos a los que fueron asignados, en forma aleatoria (como hemos visto anteriormente), se les expuso el --- plan a seguir. La información, que se les facilitó, fue la misma para las tres condiciones experimentales, consistiendo en lo siguiente:

" Todos vosotros estais interesados en el tema - de la aserción y las relaciones interpersona-- les. Una buena forma de aprender, qué es la --- aserción y cómo se puede llegar a ser más aser-- tivo, es poner en práctica un entrenamiento en aserción. En él, vosotros funcionareis como pa-- cientes y yo como terapeuta. De esta forma, po-- dreis conocer no sólo lo referente a la conduc-- ta asertiva, sino también el desarrollo de una terapia en grupo. En el entrenamiento, aborda-- remos y trataremos de solucionar los pequeños problemas que puedan surgir en vuestras rela-- ciones interpersonales".

Una vez que los sujetos estuvieron de acuerdo -- con este planteamiento, se estableció un compromiso verbal de asistencia a las sesiones fijadas para cada grupo. A -- continuación, se recogieron los datos de observación, que completaban las medidas de línea de base, junto con las medidas de auto-informe. Para proceder a esta evaluación, se les indicó lo siguiente:

" Antes de comenzar el entrenamiento, se necesita reunir algunos datos más sobre vuestra forma de comportaros ante determinadas situaciones. Por esto, vamos a dedicar esta sesión a - realizar una serie de representaciones".

Para observar la conducta de los sujetos, se diseñaron tres situaciones que requerían una respuesta asertiva. Se les pidió que representasen una escena y respondiesen como si la interacción fuese real. La forma de presentación de la prueba fue la siguiente: el terapeuta describía la situación donde se situaba la acción y, a continuación, representaba y verbalizaba la frase, a la que el sujeto debería responder de forma asertiva. Cuando el sujeto contestaba a una situación, se describía la siguiente y se representaba de forma similar. La información que se dió a los sujetos fue la siguiente:

" Como no me es posible observar vuestro comportamiento en el medio donde os desenvolveis, vamos a representar aquí algunas situaciones y vais a intentar contestar a ellas como si estuvieran teniendo lugar de una forma real. La manera de llevarlo a cabo será como sigue: yo -- describiré una situación y representaré el papel de una persona con la que vais a tener que interactuar. Las representaciones las hareis -- de forma individual, teniendo que efectuar --- tres cada uno de vosotros".

Contestadas las preguntas y hechas las aclaraciones necesarias, se llamó al primer paciente y dieron comienzo las representaciones. Las situaciones propuestas -- fueron éstas:

Situación 19.

Narrador: " Es sábado por la tarde. Llevas toda la semana esperando que llegue este momento para poder grabar unos discos, que te han prestado, por los -- que tienes gran interés. Has planeado no salir de casa hasta que no termines. De pronto, suena el timbre de la puerta y es un amigo tuyo, que te viene a buscar para que le acompañes al cine".

Amigo: " ¿Por qué no te vienes conmigo al cine?. Ponen una película muy buena -- que te va a gustar".

Situación 2ª.

Narrador: " Estás en la Facultad con un grupo de compañeros de clase fijando la hora, en la que vais a reuniros para hacer problemas de estadística. Tienes mucho interés en asistir, pero te viene, realmente, mal la hora que se está proponiendo. De pronto, uno de -- los del grupo te pregunta..."

Compañero: " ¿Te viene bien esta hora? ¿Estás de acuerdo con ella?".

Situación 3ª.

Narrador: " Te encuentras en el bar de la Facultad pensando que un libro, que te hace falta para preparar un examen parcial, lo has prestado hace tiempo y aún no te lo han devuelto. De impro-

viso, ves a la persona que tiene el libro, se aproxima a tí y te saluda..."

Compañero: " ¡Hola! ¿Qué tal te va? Por cierto, - aún no he terminado con el libro que me prestaste ¿no lo necesitarás todavía, verdad?".

La información que recibió el grupo de control - fue la siguiente:

" Ya sé que estais muy interesados en asistir a este seminario, pero, lamentablemente, están - todas las plazas cubiertas. De todas formas, - es posible que en el segundo trimestre pueda - comenzar otro grupo. En el caso de que así --- fuera, seréis vosotros los que entrareis a formar parte de él. Para completar vuestros datos, me gustaría recoger alguna información sobre - vuestra forma de comportaros ante determinadas situaciones. Por ésto, vamos a dedicar esta sesión a realizar una serie de representaciones".

A continuación, se procedió del mismo modo que - con los grupos de las condiciones experimentales.

Los observadores evaluaron las representaciones de acuerdo con las conductas y criterios ya establecidos - (ver el apartado 2.3.2.1.).

Con estos datos de observación y las puntuacio-- nes obtenidas, en los dos inventarios de aserción, se completó la fase de línea de base o primera evaluación.

2.3.5.3.- Evaluación post-entrenamiento.

Una vez finalizadas las 14 sesiones de entrena-- miento, se efectuó la segunda evaluación. Se realizó del - mismo modo que la evaluación pre-entrenamiento. Todos los sujetos completaron los dos inventarios de aserción y realizaron las tres representaciones conductuales, que fueron igualmente evaluadas por los observadores (véase la Eva--- luación pre-entrenamiento).

2.3.5.4.- Evaluación de seguimiento.

Se llevó a cabo una evaluación de seguimiento a los 6 meses de haber finalizado el entrenamiento. La evaluación se realizó pidiendo a todos los sujetos que rellenasen los dos inventarios de aserción utilizados en las evaluaciones pre- y post-entrenamiento.

2.3.5.5.- Entrenamiento.

El número total de sesiones de entrenamiento fue de 14, el mismo para todas las condiciones experimentales. Las sesiones se realizaron una vez por semana, con una duración de 1,1/2 hora cada una. Las 5 primeras fueron comunes, siendo su desarrollo el que figura a continuación.

2.3.5.5.1.- Sesiones comunes para las tres condiciones experimentales.

Sesión 1.

Introducción:

- Descripción general del desarrollo de las sesiones.
- Definición de la conducta asertiva en contraste con la conducta no asertiva y agresiva.

Presentación de los miembros del grupo:

- Exposición; por el terapeuta, de un modelo de presentación, donde la persona que se presenta saluda y dice su nombre al sujeto más cercano. Este le contesta y dice cómo se llama.
- Reproducción del modelo por parte del grupo.

Monólogo sobre temas intrascendentales:

- Definición de conducta no verbal. Su importancia en la relación interpersonal. -

Enumeración de las conductas no verbales más frecuentes.

- Monólogo de cada participante, de un minuto y medio de duración, sobre uno de los siguientes temas: hoja, clavo, cojín, reloj, pañuelo, hilo y lápiz.
- Observación, por parte del grupo, de las conductas no verbales relevantes utilizadas en los monólogos.
- "Feedback" conductual individual de los comportamientos no verbales, dado por los sujetos y el terapeuta al finalizar las intervenciones.

Ejercicio de Sí-No:

- Se divide el grupo en subgrupos de 2 personas.
- Uno de los miembros de la pareja dice "sí", cambiando el volumen de voz de forma gradual, desde un volumen muy bajo a tan alto como le sea posible. El compañero contestará a cada "sí" con un "no", ajustándose al volumen de voz marcado por el primero.

Ejercicios para casa:

- Observar la conducta no verbal de tres -- personas en tres ocasiones.
- Observar la propia conducta no verbal en tres ocasiones.
- Introducir modificaciones en el volumen - de voz en tres ocasiones.
- Elegir una conducta no verbal que le gustaría cambiar.

Sesión 2.

Discusión y comentarios de los "ejercicios para casa".

Dar y recibir elogios:

- Descripción y comentario, por parte del - grupo y del terapeuta, de las diversas -- formas en que las personas dan y respon-- den a los elogios.
- Ensayos de conducta en subgrupos de 2.
- "Feedback" conductual individual, dado -- por los sujetos y el terapeuta. Discusión de la ejecución sobre los ensayos de conducta. Instrucciones de ejecución.

Conversación social:

- Breve descripción de las preguntas abiertas y cerradas y de las respuestas de información libre, opiniones personales y - paráfrasis.
- Ensayo de conducta en subgrupos de 2 de - cada tipo de conducta y respuesta.
- "Feedback" conductual individual de la eje- cución, dado por los sujetos y el terapeu- ta y discusión sobre los ensayos de con- ducta. Instrucciones de ejecución.

Ejercicios para casa:

- Dar tres elogios, evaluando cómo se reali- zaron y qué dificultades encontraron.
- Si recibe algún elogio, observar cómo lo recibió y respondió a él.
- Observar el estilo de conversación de --- tres personas, identificando el tipo de - preguntas y respuestas que utilizan.
- Practicar los dos tipos de preguntas y -- los tres tipos de respuestas.

Sesión 3.Discusión y comentario de los "ejercicios para casa".Discriminación entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva:

- El terapeuta narra una situación. En un magnetofón cassette se reproduce la respuesta dada por un individuo.
- Los miembros del grupo deben identificar si la manifestación es asertiva, no asertiva o agresiva.
- Se discuten los criterios elegidos para la identificación.
- El número total de situaciones que se presentan es 12. El contenido exacto de la prueba puede verse en el Apéndice A. Prueba de discriminación entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas.

Ejercicios para casa:

- Observar comportamientos asertivos, no asertivos y agresivos, en uno mismo y en otras personas. Traer tres ejemplos de cada tipo de conducta.

Sesión 4.Discusión y comentario de los "ejercicios para casa".Identificación de derechos personales:

- El entrenador enumera una serie de derechos personales. Los miembros del grupo - deben continuar la enumeración.
- Discusión, limitaciones y responsabilidades de los derechos enumerados.

Ejercicios para casa:

- Observar qué derechos personales se niegan en aquellas situaciones en las que -- tiene algún problema de relación interpersonal.

Sesión 5.Discusión y comentario de los "ejercicios para casa".Hacer y denegar peticiones:

- Descripción, por parte del grupo y del terapeuta, de las diversas formas de hacer y denegar peticiones.
- Ensayos de conducta en subgrupos de 2, sobre situaciones que impliquen amigos, extraños y figuras de autoridad.
- "Feedback" conductual individual de la ejecución, dado por los sujetos y el terapeuta. Discusión sobre los ensayos de conducta. Instrucciones de ejecución.

Ejercicios para casa:

- Hacer y denegar, de forma directa, tres peticiones, si ha lugar. Registrar las dificultades.

Las nueve sesiones siguientes fueron específicas para cada condición experimental. Las situaciones entrenadas fueron elegidas por los sujetos. Para su selección se recogió la información del Inventario de Aserción de ----- Gambrill y Richey, donde los sujetos habían señalado las - situaciones en las que les gustaría actuar de forma más -- asertiva. Se desarrollaron por grupos, como se indica a - continuación.

2.3.5.5.2.- Grupo II. Entrenamiento en Aserción y
Terapia Racional-Emotiva.

Sesión 6.

Discusión y comentario de los "ejercicios para
casa".

Indagación de creencias irracionales:

- Exposición y ejemplificación de la exis--
tencia de creencias irracionales y su in-
fluencia sobre la conducta.
- Exploración, en cada sujeto, de los pensa-
mientos irracionales ante la situación: -
"No ceder a la presión para comprar alguna

- cosa". Imaginar un incidente reciente y -relatar los pensamientos irracionales.
- Comentarios y discusión acerca de los pensamientos irracionales, para detectar las ideas irracionales subyacentes.

Entrenamiento en aserción:

- Ensayo de conducta de la situación ante--riormente expuesta.
- "Feedback" conductual individual de la --ejecución, dado por los sujetos y el terapeuta. Discusión sobre los ensayos de conducta. Instrucciones de ejecución.

Ejercicios para casa:

- Observar y registrar los pensamientos ---irracionales que se produzcan, ante los -problemas de aserción que se susciten.
- Práctica del ejercicio entrenado, si se -presenta la ocasión.

Sesión 7.

Discusión y comentario de los "ejercicios para casa".

Introducción a la terapia racional-emotiva:

- Descripción y ejemplificación del enfoque A-B-C.
- Explicación del procedimiento de la terapia racional-emotiva: averiguación y debate de las creencias irracionales, distinción entre pensamiento lógico e ilógico y redefinición lógica del hecho.

Terapia racional-emotiva:

- Exploración, en cada sujeto, de sus ideas irracionales ante la situación: "Exigir - que un servicio se ajuste a lo solicitado".
- Debate y discusión de las ideas irracionales encontradas.
- Redefinición lógica de las ideas irracionales.

Entrenamiento en aserción:

- Ensayo de conducta de la situación anteriormente expuesta.
- "Feedback" conductual individual de la ejecución, dado por los sujetos y el terapeuta. Discusión sobre los ensayos de conducta. Instrucciones de ejecución.

Ejercicios para casa:

- Observar y registrar las creencias irracionales, que aparecen ante los problemas de aserción que se susciten. Practicar su debate y redefinición.
- Práctica de la situación ensayada, si se presenta la ocasión.

Sesión 8.Discusión y comentario de los "ejercicios para casa".Terapia racional-emotiva:

- Exploración, en cada sujeto, de sus ideas irracionales ante la situación: "devolver alguna compra defectuosa".
- Debate y discusión de las ideas irracionales encontradas.
- Redefinición lógica de las ideas irracionales.

Entrenamiento en aserción:

- Ensayo de conducta de la situación anteriormente expuesta.
- "Feedback" conductual individual de la ejecución, dado por los sujetos y el terapeuta. Discusión sobre los ensayos de conducta. Instrucciones de ejecución.

Ejercicios para casa:

- Observar las creencias irracionales, que aparecen ante los problemas de aserción - que se susciten. Practicar su debate y re

definición.

- Práctica de la situación ensayada, si se presenta la ocasión.

Sesiones 9 a 14.

Se repite el esquema de la Sesión 8, variando -- las situaciones en las que se lleva a cabo la exploración, debate y redefinición de las ideas irracionales. Las situaciones que se entrenaron fueron las siguientes:

Sesión 9: " Abordar a una persona que se pone -- delante en una cola".

Sesión 10: " Pedir disculpas cuando se ha cometido una falta".

Sesión 11: " Pedir un favor".

Sesión 12: " Admitir confusión, respecto a un punto que se está discutiendo y pedir - aclaraciones".

Sesión 13: " Expresar una opinión que difiera de la persona que está hablando".

Sesión 14: " Decir a una persona que se está molesto por algo que ella hace o dice".

2.3.5.5.3.- Grupo III. Entrenamiento en Aserción y Entrenamiento en Auto-Instrucciones.

Sesión 6.

Discusión y comentario de los "ejercicios para casa".

Discriminación de auto-manifestaciones:

- Exposición y ejemplificación de la existencia de auto-manifestaciones y su influencia sobre la conducta.
- Exploración, en cada sujeto, de sus auto-manifestaciones ante la situación: "no ceder a la presión para comprar alguna cosa". Imaginar un incidente reciente y re-

ciente y relatar la secuencia de pensamientos y conductas.

- Comentario y discusión acerca de los patrones de pensamiento de cada sujeto: pensamientos y expectativas negativas, profecías de auto-derrota.

Entrenamiento en aserción:

- Ensayo de conducta de la situación anterior.
- "Feedback" conductual individual de la ejecución, por parte del grupo y del terapeuta. Discusión sobre los ensayos de conducta. Instrucciones de ejecución.

Ejercicios para casa:

- Observar y registrar las auto-manifestaciones que se produzcan ante los problemas de aserción que se susciten.
- Práctica del ejercicio ensayado, si se presenta la ocasión.

Sesión 7.

Discusión y comentario de los "ejercicios para casa".

Introducción al entrenamiento en auto-instrucciones:

- Descripción del fundamento.
- Control de auto-manifestaciones negativas: entrenamiento en auto-instrucciones incompatibles.

Discriminación de auto-manifestaciones negativas:

- Exploración, en cada sujeto, de sus auto-manifestaciones negativas ante la situación: "exigir que un servicio se ajuste a lo solicitado".
- Comentario y discusión acerca de los patrones de pensamiento de cada sujeto.

Entrenamiento en aserción:

- Ensayo de conducta de la situación anterior.
- "Feedback" conductual individual de la ejecución, por parte del grupo y del terapeuta.

peuta. Discusión sobre los ensayos de conducta. Instrucciones de ejecución.

Ejercicios para casa:

- Observar y registrar las auto-manifestaciones negativas que se produzcan ante los problemas de aserción que se susciten y los mecanismos utilizados para su control.
- Práctica del ejercicio ensayado, si se presenta alguna ocasión.

Sesión 8.

Discusión y comentario de los "ejercicios para casa".

Control de auto-manifestaciones negativas.

- Elaboración de una lista de auto-instrucciones incompatibles con las auto-manifestaciones negativas.
- Exploración, en cada sujeto, de sus auto-manifestaciones negativas ante la situación: "devolver alguna compra defectuosa". Elección de las auto-instrucciones incompatibles que se puedan utilizar.

Entrenamiento en aserción:

- Ensayo de conducta de la situación anterior y entrenamiento en las auto-instrucciones incompatibles.
- "Feedback" conductual individual de la ejecución, por parte del grupo y del terapeuta. Discusión sobre los ensayos de conducta. Instrucciones de ejecución.

Ejercicios para casa:

- Observar y registrar las auto-manifestaciones negativas que se produzcan ante los problemas de aserción que se susciten. -- Practicar las auto-instrucciones entrenadas.
- Práctica de la situación ensayada, si se presenta alguna ocasión.

Sesión 9.Discusión y comentario de los "ejercicios para casa".Control de auto-manifestaciones negativas:

- Exploración, en cada sujeto, de las auto-manifestaciones negativas ante la situación: "abordar a una persona que se pone delante en una cola". Elección de las --- auto-instrucciones incompatibles que se - pueden utilizar.
- Ensayo de conducta de la situación anterior y entrenamiento en las auto-instrucciones incompatibles.
- "Feedback" conductual individual de la ejecución, por parte del grupo y del terapeuta. Discusión sobre los ensayos de conducta. Instrucciones de ejecución.

Ejercicios para casa:

- Practicar las auto-instrucciones entrenadas ante los problemas de aserción que se susciten.
- Práctica de la situación entrenada, si se presenta la ocasión.

Sesiones 10 a 14.

Se repite el esquema de la Sesión 9, variando las situaciones en las que se lleva a cabo el entrenamiento. - Las situaciones que se entrenaron fueron las siguientes:

Sesión 10: " Pedir disculpas cuando se ha cometido una falta".

Sesión 11: " Pedir un favor".

Sesión 12: " Admitir confusión respecto a un punto que se está discutiendo y pedir aclaraciones".

Sesión 13: " Expresar una opinión que difiera de la persona que está hablando".

Sesión 14: " Decir a una persona que se está molesto por algo que ella hace o dice".

2.3.5.5.4.- Grupo IV. Entrenamiento en Aserción.

Sesión 6.

Discusión y comentario de los "ejercicios para casa".

Entrenamiento en aserción:

- Ensayo de conducta de la situación: "no - ceder a la presión para comprar alguna cosa".
- "Feedback" conductual individual de la -- ejecución, dado por los sujetos y el terapeuta. Discusión sobre los ensayos de conducta. Instrucciones de ejecución.

Ejercicio para casa:

- Práctica de la situación ensayada, si se presenta la ocasión.

Sesiones 7 a 14.

Se repite el esquema de la Sesión 6, variando -- las situaciones en las que se lleva a cabo el entrenamiento en aserción. Las situaciones que se entrenaron fueron las siguientes:

Sesión 7: " Exigir que un servicio se ajuste a - lo solicitado".

Sesión 8: " Devolver alguna compra defectuosa".

Sesión 9: " Abordar a una persona que se pone de lante en una cola".

Sesión 10: " Pedir disculpas cuando se ha cometido una falta".

Sesión 11: " Pedir un favor".

Sesión 12: " Admitir confusión respecto a un punto que se está discutiendo y pedir - aclaraciones".

Sesión 13: " Exoresar una opinión que difiere de la persona que está hablando".

Sesión 14: " Decir a una persona que se está molesto por algo que ella hace o dice".

2.3.6.- Análisis estadístico.

Para poner a prueba las hipótesis, anteriormente enunciadas, se utilizaron los siguientes análisis estadísticos:

- Coeficiente de homogeneidad y consistencia interna de los items (coeficiente α).
- Prueba de rangos de Spearman para medidas independientes.
- Estadístico producto-momento de Pearson.
- Prueba de Kolmogorov-Smirnov para poner a prueba normalidad.

- Prueba de Barlett para poner a prueba homogeneidad de varianzas.
- ANOVA paramétrico en muestras independientes - con un criterio de clasificación.
- Pruebas de Kruskal-Wallis.
- Prueba de rangos de "U" de Mann-Whitney.
- ANOVA por rangos de Friedman.
- ANOVA paramétrico de un criterio de clasificación con medidas repetidas..
- Prueba de Scheffé para comprobación de las diferencias entre cada par de medidas para el -- factor independiente, en aquellos casos en que éste fue significativo.
- Prueba "T" para comprobación de las diferencias entre cada par de medidas, en aquellos casos en los que el factor interacción del ANOVA paramétrico, entre el pre-entrenamiento y el - post-entrenamiento, fue significativo.

2.4.- Análisis de los resultados.

2.4.1.- Análisis previos.

En primer lugar, se efectuaron unos análisis de datos previos con distintas finalidades: 1) Determinar la fiabilidad del material de evaluación empleado y de las -- puntuaciones emitidas por los observadores, 2) Conocer la homogeneidad de los grupos en todas las medidas antes del entrenamiento y 3) Comprobar las hipótesis previas para -- la aplicación del ANOVA paramétrico.

La fiabilidad de los cuestionarios se determinó a través del coeficiente de homogeneidad y consistencia -- interna de los items (α). Para conocer la fiabilidad de -- las puntuaciones de los observadores se empleó el coefi-- ciente de correlación de Spearman.

El siguiente análisis se llevó a cabo para deter-- minar la homogeneidad de los grupos en todas las medidas -- correspondientes a la situación pre-entrenamiento. La comprobación de la homogeneidad se realizó mediante un análisis de varianza de 1 factor con 4 niveles (3 condiciones experimentales y 1 control). Para las medidas de auto-in-- forme se utilizó la prueba de análisis de varianza por ran-- gos de Kruskal-Wallis para medidas independientes.

En las medidas de observación se comprobó, previamente a la utilización del correspondiente ANOVA, la normalidad de cada una de las variables, tanto en el pre-entrenamiento como en el post-entrenamiento. Para ello se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, contrastando los resultados con la distribución normal.

Con las variables normales fue necesario la comprobación de un requisito previo: la homogeneidad de las varianzas entre los grupos. Para ello se utilizó la prueba de Barlett.

A partir de este momento, aquellas variables que cumplieran ambos requisitos, fueron sometidas a la aplicación del ANOVA paramétrico y las que, por el contrario, no cumplieran alguno de los dos, se sometieron a las técnicas no paramétricas.

2.4.1.1.- Fiabilidad de las medidas.

2.4.1.1.1.- Fiabilidad de los cuestionarios.

Para conocer la fiabilidad de los cuestionarios se utilizó el coeficiente de generalidad (coeficiente α). En la Tabla 2.4.1.1.1.-1. se especifican los cuestionarios que fueron sometidos a prueba y los coeficientes α obtenidos para cada uno de ellos. En dicha Tabla se detalla, --- igualmente, el número de ítems de cada cuestionario y el --- número de sujetos de las distintas muestras, en las que se aplicaron los diferentes cuestionarios.

Los valores de los coeficientes α obtenidos van desde .5828, correspondiente al cuestionario de Rathus, a .9155, del inventario de Gambrill y Richey en la subescala que mide ansiedad o grado de malestar. A la vista de estos datos, podemos considerar que así como el cuestionario de Gambrill y Richey posee, en las dos escalas, una elevada coherencia y consistencia interna, el cuestionario de Rathus no la posee en tan alto grado.

Tabla 2.4.1.1.1-1: Fiabilidad de los cuestionarios empleados mediante el coeficiente α de generabilidad (consistencia interna)

Cuestionarios	Número de items	Número de sujetos	Coeficiente α
Rathus	30	150	.5828
Gambrill-ansiedad	40	150	.9155
Gambrill-prob. de respuesta	40	150	.8755

2.4.1.1.2.- Fiabilidad de los observadores.

Tal como hemos indicado anteriormente, en el --- apartado 2.3.5.1., las conductas a observar fueron regis--
tradas independientemente por tres observadores. Para ha--
llar la fiabilidad entre cada par de observadores se pensó
en aquellos estadísticos que se acomodaran al nivel de me--
dida ordinal utilizado en las evaluaciones y que respetara
la independencia de criterio de cada uno de ellos. Se uti--
lizó la prueba de rangos de Spearman para medidas indepen--
dientes. Los resultados se encuentran en la Tabla -----
2.4.1.1.2.-1. y en la Tabla 2.4.1.1.2.-2. En la Tabla pri--
mera aparecen las correlaciones entre observadores en el -
pre-tratamiento y, tal como puede apreciarse, los límites
extremos entre los que varían los coeficientes de correla--
ción son .70 y 1. En la segunda Tabla aparecen las corre--
laciones entre observadores en el post-tratamiento. Los lí--
mites extremos entre los que varían son .6938 y 1, excep--
tuando la variable 9.3, que presenta correlaciones de 0
entre los observadores 1-3 y 2-3.

Dado que en la literatura existente sobre el tema
se utiliza, por regla general, el estadístico producto-mo--
mento de Pearson para nivel de medida de intervalos, se --
presentan los coeficientes de correlación, según esta prue--
ba, en la Tabla 2.4.1.1.2.-3. en el Apéndice B. No se cre--
yó oportuna la utilización de esta prueba, ya que se consi--
deró incorrecta a un nivel ordinal y sin comprobar la nor--
malidad de su distribución.

Tabla 2.4.1.1.2.-1 : Fiabilidad inter-observadores en el pre-tratamiento. Prueba de rangos de Spearman.

Variables			Observadores		
			1-2	1-3	2-3
1	Contacto de los ojos	1.1	.8142	.8288	.9238
		1.2	.8394	.7984	.8219
		1.3	.8858	.9904	.8904
2	Postura	2.1	.7748	.8072	.9095
		2.2	.9322	.9465	.8747
		2.3	.8268	.9499	.9716
3	Distancia física	3.1	.6004	.7095	.8716
		3.2	.8136	.6906	.8485
		3.3	.7337	.8716	.8314
4	Habla fluida	4.1	.7535	.8924	.8648
		4.2	.9005	.8456	.9369
		4.3	.9419	.8356	.7916
5	Inflexión de voz	5.1	.7509	.9198	.8140
		5.2	.8910	.7304	.7121
		5.3	.8928	.9443	.9443
6	Volumen de voz	6.1	.7565	.5130	.7565
		6.2	.7010	.6793	.6435
		6.3	.8819	.8819	1.0000
7	Uso de las manos	7.1	.8986	.8830	.9112
		7.2	.9258	.9704	.9258
		7.3	.9945	.9736	.9451
8	Expresividad de la cara	8.1	.8466	.9969	.9362
		8.2	.7528	.7775	.7175
		8.3	.8682	.9336	.9006
9	Se tapa la boca con la mano	9.1	1.0000	1.0000	1.0000
		9.2	.8043	.8043	1.0000
		9.3	.8222	1.0000	.8222
10	Se toca el pelo con la mano	10.1	.8981	.9430	.9344
		10.2	.9984	1.0000	.9984
		10.3	1.0000	1.0000	1.0000
11	Se arregla la ropa	11.1	1.0000	.8314	.8314
		11.2	1.0000	1.0000	1.0000
		11.3	.9167	.9164	.8077
12	Se retuerce las manos	12.1	1.0000	1.0000	1.0000
		12.2	.9976	1.0000	.9976
		12.3	.8764	1.0000	.8764
13	Juega con algo	13.1	.9515	.9252	.9515
		13.2	1.0000	.9540	.9540

Tabla 2.4:1.1.2.-1(Continuación)

Variables		Observadores		
		1-2	1-3	2-3
14	Emite risitas			
	13.3	.9641	.9694	.9613
	14.1	.9286	.8892	.9191
	14.2	.9623	.9277	.9181
	14.3	1.0000	.9902	.9902

Tabla 2.4.1.1.2-2: Fiabilidad inter-observadores en el post-tratamiento. Prueba de rangos de Spearman.

Variables			Observadores		
			1-2	1-3	2-3
1	Contacto de los ojos	1.1	.8969	.8993	.9577
		1.2	.8857	.8424	.8941
		1.3	.9096	.9385	.9129
2	Postura	2.1	.8844	.9299	.8356
		2.2	.8662	.8605	.8834
		2.3	.8614	.8506	.8732
3	Distancia física	3.1	.9672	.9672	.9785
		3.2	.9673	1.0000	.9673
		3.3	.9902	.9902	.9786
4	Habla fluida	4.1	.8670	.8828	.8160
		4.2	.8491	.8089	.8083
		4.3	.8212	.9447	.8291
5	Inflexión de voz	5.1	.7814	.8649	.9372
		5.2	.7277	.8234	.9081
		5.3	.9565	.9565	.9790
6	Volumen de voz	6.1	.9627	.9876	.9645
		6.2	.9932	.9647	.9577
		6.3	.9122	.9175	.9391
7	Uso de las manos	7.1	.9123	.9225	.9238
		7.2	.8482	.8752	.7487
		7.3	.9479	.9504	.9054
8	Expresividad de la cara	8.1	.9608	.9588	.9226
		8.2	.8152	.8581	.7677
		8.3	.9111	.9040	.9303
9	Se tapa la boca con la mano	9.1	.6938	.6938	1.0000
		9.2	.8006	.8006	1.0000
		9.3	.6938	.0000	.0000
10	Se toca el pelo con la mano	10.1	1.0000	1.0000	1.0000
		10.2	1.0000	1.0000	1.0000
		10.3	1.0000	1.0000	1.0000

Tabla 2.4.1.1.2-2: (Continuación)

Variables			Observadores		
			1-2	1-3	2-3
11	Se arregla la ropa	11.1	1.0000	.9985	.9985
		11.2	1.0000	1.0000	1.0000
		11.3	1.0000	1.0000	1.0000
12	Se retuerce las manos	12.1	.9969	.9030	.9088
		12.2	.7685	.8806	.8806
		12.3	1.0000	.8006	.8006
13	Juega con algo	13.1	.9863	.9842	.9714
		13.2	.9952	.9583	.9624
		13.3	.9916	.9928	.9990
14	Emite risitas	14.1	.9768	.9985	.9779
		14.2	.9482	.9069	.9614
		14.3	1.0000	.9901	.9901

2.4.1.2.- Homogeneidad de los grupos en las medidas
pre-tratamiento.

Antes de iniciar los tratamientos, y una vez realizadas las medidas pre, se intentó determinar si los grupos eran homogéneos en todas las variables.

Para las medidas de auto-informe se utilizó la prueba de análisis de varianza por rangos de Kruskal-Wallis para medidas independientes. Los resultados se muestran en la Tabla 2.4.1.2.-1. Se comprobó que el estadístico empírico confirmó la hipótesis nula estadística de homogeneidad.

Para las medidas de observación se comprobó, previamente, la normalidad de cada una de las variables, tanto en el pre-tratamiento como en el post-entrenamiento, utilizando para ello la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Los resultados se muestran en la Tabla 2.4.1.2.-2. en el Apéndice B. A partir de esta prueba se dividen las variables, según la distribución a que se acomodan, en paramétricas y no paramétricas (ver Tabla 2.4.1.2.-3. Apéndice B.). Esta división se realiza en función de que se rechace o no la hipótesis nula (H_0) de normalidad al nivel de confianza del 95%.

Tabla 2.4.1.2.-1 : Prueba de Análisis de Varianza (ANOVA) de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis para muestras independientes. Comprobación de la igualdad de los grupos en el pre-tratamiento.

Variables	E. empírico H
Rathus	.013
Gambrill-ansiedad	-1.0509
Gambrill-prob. de respuesta	- .4226

Estadístico crítico para N.C. del .95 = 11.34

Con las variables normales se comprobó el segundo requisito previo para la utilización del ANOVA paramétrico: la homogeneidad de las varianzas entre los grupos. Para ello, se utilizó la prueba de Barlett, cuyo estadístico C se incluye en la Tabla 2.4.1.2.-4. en el Apéndice 8.

Cuando se comprobó la homogeneidad de las varianzas, al nivel de confianza citado, se consideraron esas variables idóneas para la aplicación del análisis de varianza paramétrico. Los resultados obtenidos al aplicar el ANOVA paramétrico se encuentran en la Tabla 2.4.1.2.-5. En la Tabla 2.4.1.2.-6. aparecen los resultados de la aplicación del ANOVA no paramétrico al resto de las variables. Se utilizó la prueba de rangos de Kruskal-Wallis.

Tal como puede verse en las Tablas anteriores, - tenemos que rechazar las variables 2.2; 2.3; 7.2; 12.1; -- 12.2; 13.1; 14.1; 14.2, ya que no cumplen la hipótesis nula de igualdad de los grupos al nivel de confianza del --- 95%. En el resto de las variables, podemos afirmar que los grupos han resultado satisfactoriamente homogéneos en el - momento pre-tratamiento.

Efectuado el control de la homogeneidad de los - grupos respecto a todas las medidas, creemos que estamos - en disposición de poder asegurar que los cambios, que se - encuentren en medidas posteriores, se deberán al influjo - diferencial ejercido por los distintos entrenamientos.

Tabla 2.4.1.2.-5 : Prueba de Análisis de Varianza (ANOVA) paramétrico en muestras independientes. Comprobación de la igualdad de los grupos en el pre-tratamiento.

Variables		F.V.	S.C.	M.C.	F.	P.
1	Contacto de los ojos	Inter	9.25	3.083	.639	.597
		Intra	115.714	4.821		
		Inter	15.821	5.273	1.102	.367
		Intra	114.857	4.785		
2	Postura	Inter	22.678	7.559	2.995	.05
		Intra	60.571	2.523		
		Inter	40.392	13.464	5.921	.003**
		Intra	54.571	2.273		
4	Habla fluida	Inter	10.964	3.654	1.232	.319
		Intra	71.142	2.964		
		Inter	5.535	1.845	.478	.7
		Intra	92.571	3.857		
5	Inflexión de voz	Inter	2.285	.761	.209	.889
		Intra	87.428	3.642		
7	Uso de las manos	Inter	3.535	1.178	.198	.896
		Intra	142.571	5.940		
		Inter	63.285	21.095	5.211	.006**
		Intra	97.142	4.047		
8	Expresividad de la cara	Inter	24.428	8.142	1.266	.308
		Intra	154.285	6.428		
		Inter	10.964	3.654	.936	.438
		Intra	93.714	3.904		
		Inter	16.678	5.559	.787	.512
		Intra	169.428	7.059		

* p < 0.05
** p < 0.01

Tabla 2.4.1.2-6 : Prueba de Análisis de Varianza (ANOVA) de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis para muestras independientes. Comprobación de la igualdad de los grupos en el pre-tratamiento.

Variables			Estad. empir.	N. de sign.
1	Contacto de los ojos	1.3	3.519	.318
2	Postura	2.2	12.316	.006 **
3	Distancia física	3.1	3.806	.283
		3.2	6.862	.076
		3.3	1.926	.587
4	Habla fluida	4.2	3.221	.358
5	Inflexión de voz	5.1	2.195	.532
		5.3	2.980	.394
6	Volumen de voz	6.1	.682	.877
		6.2	2.093	.553
		6.3	4.979	.173
8	Expresividad de la cara	8.1	1.351	.716
9	Se tapa la boca con la mano	9.1	3.260	.353
		9.2	.298	.960
		9.3	2.448	.484
10	Se toca el pelo con la mano	10.1	3.017	.388
		10.2	1.032	.793
		10.3	6.230	.100
11	Se arregla la ropa	11.1	4.168	.243
		11.2	4.054	.255
		11.3	2.670	.445
12	Se retuerce las manos	12.1	9.777	.020 *
		12.2	8.990	.029 *
		12.3	6.485	.090
13	Juega con algo	13.1	8.790	.032 *
		13.2	5.139	.161
		13.3	7.677	.053
14	Emite risitas	14.1	11.519	.009 **
		14.2	9.354	.024 *
		14.3	.640	.887

*p < 0.05

**p < 0.01

2.4.2.- Resultados.

2.4.2.1.- Medidas de auto-informe.

En este primer apartado de resultados, incluimos la información obtenida al aplicar los cuestionarios de -- aserción ya mencionados.

2.4.2.1.1.- Inventario de Asertividad de Rathus.

Los estadísticos descriptivos de la muestra media y desviación típica se muestran en la Tabla -----

2.4.2.1.1.-1. La representación gráfica de las medias de cada grupo en las situaciones de pre-entrenamiento, post-entrenamiento y seguimiento aparecen en la Figura 1.

La lectura y consideración de esta información nos muestra que los tres procedimientos de tratamiento resultan eficaces para incrementar la conducta asertiva al compararla con el grupo control.

Tabla 2.4.2.1.1.1.-1 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable : Inventario de Asertividad de Rathus</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	-25.8571	-26.0000	-26.5714	-26.2857	-26.1785
Post-trata.	-25.4286	3.0000	12.0000	- 7.0000	- 4.3571
Seguimiento	-28.2857	2.0000	14.8571	- 2.8571	- 3.5714
Media Total	-26.5238	- 7.0000	.0952	-12.0476	-11.3690
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	10.9861	10.1419	10.7684	9.4524	10.3372
Post-trata.	11.1080	11.6864	12.1302	13.7944	12.1797
Seguimiento	8.9875	11.8442	11.3569	11.9455	11.0335
D.T. Total	10.3605	11.2241	11.4185	11.7308	11.1835

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

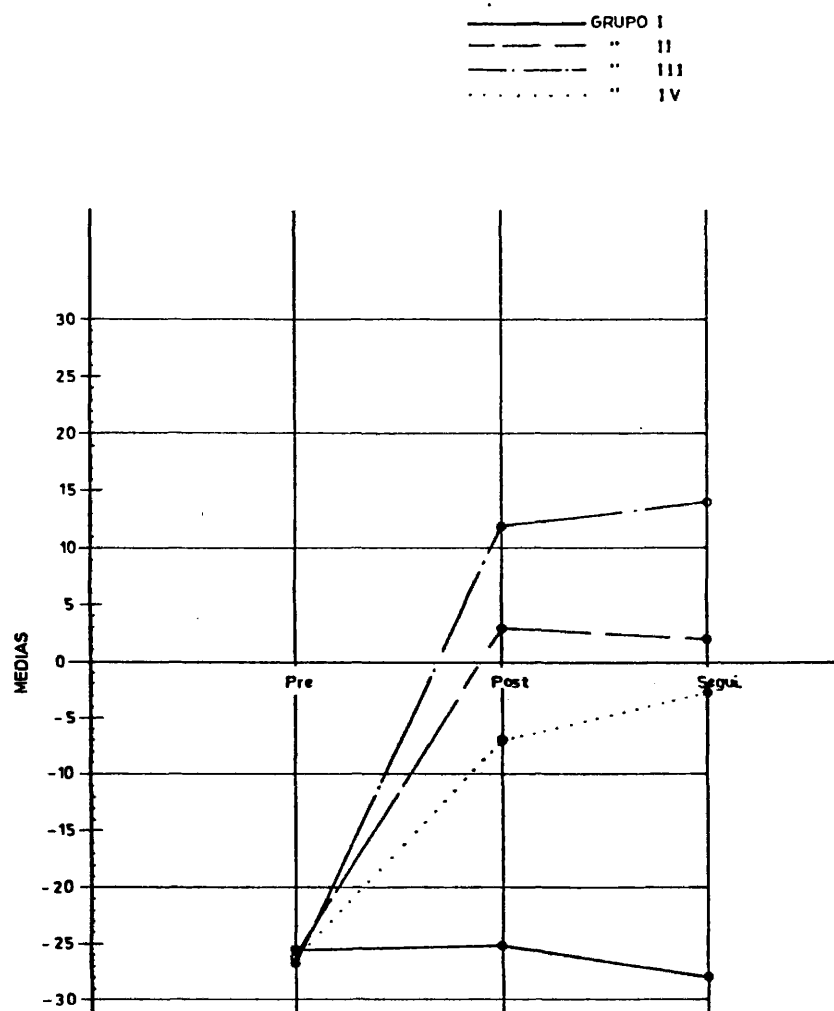


FIG. 1 - Representación Gráfica de las Medias de la Tabla 2.4.2.1.1.-1

En la comparación de las tres condiciones experimentales se observa que parece más eficaz el grupo III, donde se aplicó EA + EAI, siguiéndole, a continuación, el grupo II (EA + TRE) y, por último, el grupo IV (EA). Además, este incremento, que se manifiesta en la evaluación posterior al entrenamiento, se mantiene a los seis meses de terminado éste, en los datos obtenidos en el seguimiento. El único grupo que no obtiene cambios apreciables es el grupo I (grupo control).

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo a través de la aplicación de la prueba de Análisis de Varianza de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis para muestras independientes. Esta prueba se realizó para comprobar la existencia de diferencias entre los grupos en el post-entrenamiento. Los resultados se muestran en la Tabla 2.4.2.1.1.-2. Como se puede constatar en la Tabla, los datos muestran diferencias significativas entre los grupos al nivel de confianza del 95%. Dado que la prueba de Kruskal-Wallis resultó significativa, se comprobaron las diferencias, entre cada par de grupos, mediante la prueba de rangos de U de Mann-Whitney. Estos datos aparecen en la Tabla 2.4.2.1.1.-3. Como se puede comprobar, aparecieron diferencias significativas entre la comparación de todos los grupos con el grupo control. Hay que hacer notar que la comparación del grupo I (control) con el III (EA + EAI) muestra una diferencia significativa a un nivel de confianza menor de .001.

Tabla 2.4.2.1.1.-2 : Prueba de Análisis de Varianza (ANOVA)
de una clasificación por rangos de
Kruskal-Wallis para muestras independien
tes. Comprobación de diferencias en los
grupos en el post-tratamiento.

Variables	E. empírico H
Rathus	13.6374 *
Gambrill-ansiedad	16.7272 *
Gambrill-prob. de respuesta	11.5287 *

* Estadístico crítico para N.C. del .95 = 11.34

Tabla 2.4.2.1.1.-3 : Comprobación de diferencias entre cada par de grupos para el caso de muestras independientes mediante la prueba de rangos de U de Mann-Whitney.

Variables	Tipo de compar.	Esta. empi.	Proba. asocia.
Rathus	1-2	4	.003 **
	1-3	0	.000 ***
	1-4	6	.009 **
	2-3	12	.640
	2-4	17	.191
	3-4	9	.027 *
Gambrill-ansiedad	1-2	1	.001 ***
	1-3	0	.000 ***
	1-4	4	.003 **
	2-3	9	.027 *
	2-4	17	.191
	3-4	7	.013 *
Gambrill-prob. de respuesta	1-2	6	.009 **
	1-3	1	.001 ***
	1-4	7	.010 **
	2-3	11.5	.049 *
	2-4	23.5	.451
	3-4	5	.006 **

** p < 0.01
 *** p < 0.001
 * p < 0.05

Al comparar las tres condiciones experimentales se observa que sólo aparecen diferencias significativas -- entre los grupos III (EA + EAI) y IV (EA). Esto nos indica que, realmente, parece más eficaz la combinación del Entrenamiento en Aserción con el Entrenamiento en Auto-Instrucciones, que el Entrenamiento en Aserción solo. Así mismo, también se apunta una cierta diferencia entre los grupos -- II (EA + TRE) y IV (EA), aunque esta diferencia no llegue a ser significativa. También, cabe apreciar que entre los -- grupos II (EA + TRE) y III (EA + EAI) es donde existen menores diferencias.

Los datos estadísticos realizados en la evaluación de seguimiento se encuentran recogidos en la Tabla -- 2.4.2.1.1.-4. (prueba de Kruskal-Wallis) y en la Tabla -- 2.4.2.1.1.-5. (prueba de U de Mann-Whitney). Del estudio de estas Tablas se constata que, fundamentalmente, se mantienen los datos obtenidos en el post-entrenamiento. Sin -- embargo, es necesario observar que las diferencias entre el grupo II y el III aquí sí es significativa, evidenciando -- de forma más clara la superioridad del grupo III (EA + -- EAI) al compararlo con los grupos II (EA + TRE) y IV ---- (EA).

Tabla 2.4.2.1.1-4: Prueba de Análisis de Varianza (ANOVA)
de una clasificación por rangos de
Kruskal-Wallis para muestras indepen-
dientes. Comprobación de diferencias
en los grupos en el seguimiento.

<u>Cuestionarios</u>	<u>Estadístico empírico H</u>
Rathus	16.8429 *
Gambrill-ansiedad	16.9175 *
Gambrill-prob. de respuesta	12.2842 *

* Estadístico crítico para n.c. del .95 = 11.34

Tabla 2.4.2.1.1-5: Comprobación de diferencias entre cada par de grupos para el caso de muestras independientes, mediante la prueba de rangos de U de Mann-Whitney en el seguimiento.

Cuestionarios	Tipo de comparación	Estadís. empírico	Probabi. asociada
Rathus	1-2	1.5	.001 ***
	1-3	0	.000 ***
	1-4	2	.001 ***
	2-3	10	.036 *
	2-4	19	.267
	3-4	7.5	.013 *
Gambrill-ansiedad	1-2	0	.000 ***
	1-3	0	.000 ***
	1-4	2	.001 ***
	2-3	10	.036 *
	2-4	21.5	.355
	3-4	9	.027 *
Gambrill-prob. de respuesta	1-2	9	.027 *
	1-3	0	.000 ***
	1-4	6	.009 **
	2-3	11.5	.049 *
	2-4	23	.451
	3-4	10	.036 *

* $p < .05$
 ** $p < .01$
 *** $p < .001$

Con la aplicación de la prueba T se intenta precisar la variación experimentada por cada grupo a lo largo de las tres situaciones (pre, post y seguimiento). Antes de la aplicación de esta prueba, se realizó la comprobación de la normalidad de las diferencias entre las situaciones pre- y post-entrenamiento y entre las situaciones post-entrenamiento y seguimiento. Para ésto, se utilizó la prueba ---- Kolmogorov-Smirnov. Los datos se encuentran resumidos en la Tabla 2.4.2.1.1.-6. y en la Tabla 2.4.2.1.1.-7. (ver -- Apéndice B).

Una vez comprobada la hipótesis nula de normalidad, se aplicó la prueba T para la comprobación de las diferencias entre cada par de medias. Los resultados aparecen recogidos en la Tabla 2.4.2.1.1.-8. y en la Tabla ---- 2.4.2.1.1.-9. Del análisis de estas Tablas, podemos con--- cluir que hay diferencias significativas entre cada par - de medias en todos los grupos menos en el grupo I (con--- trol), cuando se analizan las situaciones pre- y post-en-- trenamiento. Al analizar las diferencias entre el post-en- trenamiento y el seguimiento, vemos que los resultados del post-entrenamiento se mantienen y no aparece en ningún gru po diferencias significativas.

Tabla 2.4.2.1.1-8: Comprobación de las diferencias entre cada par de medias mediante la prueba T, para muestras dependientes.

Cuestionarios	Condición experimental	Estadístico empírico T
Rathus	1	2.6462
	2	12.8738 *
	3	36.9741 *
	4	8.5954 *
Gambrill-ansiedad	1	2.2517
	2	4.0013 *
	3	38.7005 *
	4	13.8238 *
Gambrill-prob. de respuesta	1	1.9278
	2	6.4829 *
	3	19.5731 *
	4	5.6058 *

* Estadístico crítico para n.c. del .99 = 3.143

Tabla 2.4.2.1.1-9: Comprobación de las diferencias entre cada par de medias mediante la prueba T, para muestras dependientes.

Cuestionarios	Condición experimental	Estadístico empírico T
Rathus	1	2.0302
	2	1.0946
	3	2.1161
	4	1.0624
Gambrill-ansiedad	1	1.1656
	2	.9351
	3	1.3784
	4	1.7176
Gambrill-prob. de respuesta	1	1.8992
	2	1.2015
	3	2.6573
	4	1.4007

Estadístico crítico para n.c. del .99 = 3.143

En resumen, la información obtenida de la tabla de puntuaciones medias y del gráfico correspondiente, así como la extraída de los análisis estadísticos correspondientes, prueba la superioridad del procedimiento aplicado en el grupo III (EA + EAI) en la situación post-entrenamiento y en el seguimiento, respecto a la modificación de la conducta no asertiva, a la vez que se constata la eficacia de los tres procedimientos de entrenamiento frente al grupo control.

2.4.2.1.2.- Inventario de Aserción de Gambrill y Richey.

Este Inventario, como ya hemos visto, está formado por dos escalas: ansiedad y probabilidad de respuesta. Para el análisis de los resultados consideraremos los datos de cada una de ellas por separado.

A) Escala de Ansiedad.

En la Tabla 2.4.2.1.2.-1. aparecen los estadísticos descriptivos de la muestra: media y desviación típica. La representación gráfica de las medias de cada grupo en las tres situaciones: pre-entrenamiento, post-entrenamiento y seguimiento se muestran en la Figura 2.

Tabla 2.4.2.1.2.-1: Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

Variable : Inventario de Aserción de Gambrell y Richey. Escala de ansiedad.					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	108.4286	109.1429	109.1429	110.0000	109.1786
Post-trata.	111.7143	78.4286	64.5714	84.4286	84.7857
Seguimiento	109.4286	75.5714	60.5714	79.5714	81.2857
Media Total	109.8572	87.7143	78.0952	91.3333	91.7500
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	11.7334	12.2408	11.6058	13.6591	12.3098
Post-trata.	12.6572	10.7286	12.2924	11.0951	11.6933
Seguimiento	12.8158	7.3067	13.3187	11.4873	11.2321
D.T. Total	12.4021	10.0920	12.4056	12.0805	11.7450

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

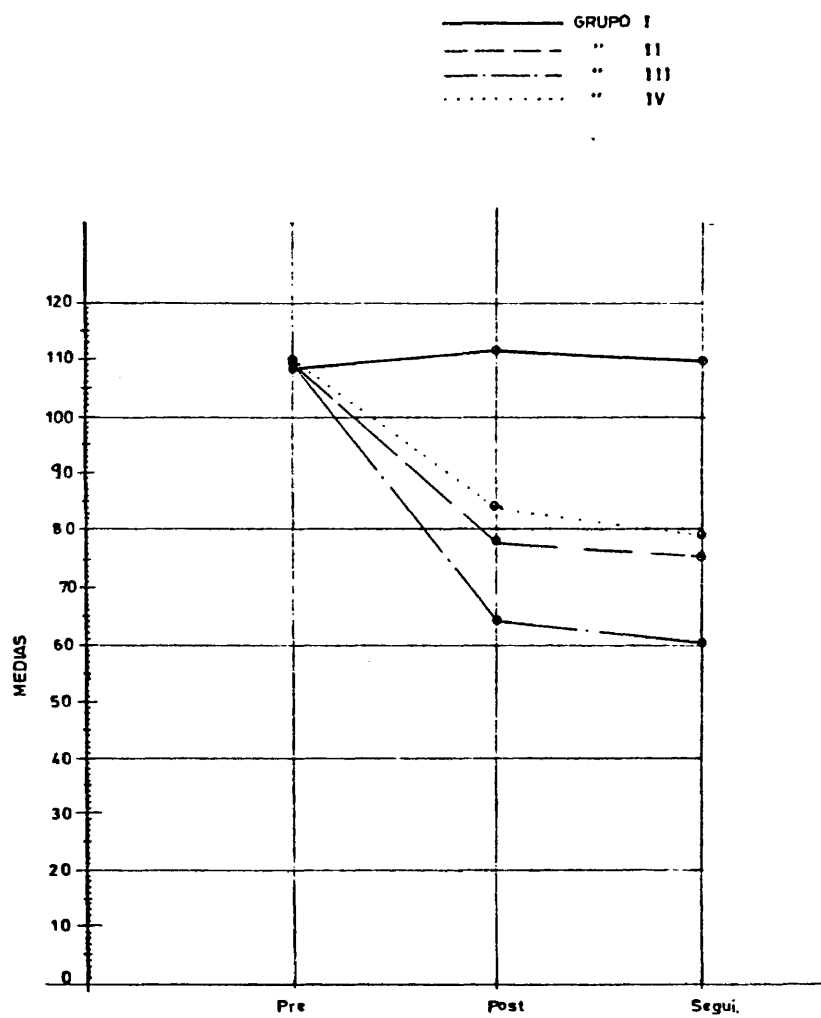


FIG. 2 -Representacion Grafica de las Medias
de la Tabla 2.4.2.1.2.-1

La contemplación de esta figura nos indica que, de nuevo, los tres procedimientos de tratamiento resultan más eficaces que el grupo control en la reducción de ansiedad, o grado de malestar, en las situaciones que requieren aserción. Al comparar las condiciones experimentales, se observa que el grupo más eficaz es, también, el III, donde se combina Entrenamiento en Aserción con Entrenamiento en Auto-Instrucciones. Las comparaciones restantes siguen en la dirección ya apuntada por el cuestionario anterior: el grupo II (combinación de EA + TRE) es ligeramente más efectivo que el grupo IV (EA). Estos resultados se mantienen a los seis meses, en el seguimiento. El único grupo que no sufre variación apreciable, en los tres momentos de evaluación, es el grupo I (control).

El análisis estadístico se realizó por medio de la prueba de Kruskal-Wallis, como en el cuestionario anterior. Los datos se muestran en la Tabla 2.4.2.1.1.-2., donde se observan diferencias significativas entre los grupos.

Para comprobar las diferencias entre cada par de grupos se aplicó la prueba U de Mann-Whitney. Estos datos se presentan en la Tabla 2.4.2.1.1.-3. Como se puede comprobar, aparecieron diferencias significativas entre todos los grupos con el grupo control. De nuevo, la diferencia más acentuada aparece entre los grupos I y III, que aparece a un nivel de confianza inferior al .001.

Al comparar las condiciones experimentales, se observa que es significativa la comparación entre los grupos II - III y III - IV, lo que constata la mayor eficacia del grupo III (combinación de EA + EAI) al compararlo con todos los demás. La comparación entre el grupo II (EA + TRE) y el grupo IV (EA) es la que ofrece menores diferencias.

En los análisis estadísticos realizados en el seguimiento, Tabla 2.4.2.1.1.-4. (prueba de Kruskal-Wallis) y Tabla 2.4.2.1.1.-5. (prueba U de Mann-Whitney), se puede observar que se mantienen los mismos resultados que en el post-entrenamiento.

Con la aplicación de la prueba T se intenta precisar la variación experimentada, por cada grupo, a lo largo de las tres situaciones (pre-, post-entrenamiento y seguimiento). Antes de la aplicación de esta prueba, se realizó la comprobación de la normalidad de las diferencias entre las situaciones pre- y post-entrenamiento y entre las situaciones post-entrenamiento y seguimiento. Para esto, se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov. Los datos se encuentran resumidos en la Tabla 2.4.2.1.1.-6. y en la Tabla 2.4.2.1.1.-7. (ver Apéndice B).

Una vez comprobada la hipótesis nula de normalidad, se aplicó la prueba T para la comprobación de las diferencias entre cada par de medias. Los resultados aparecen recogidos en la Tabla 2.4.2.1.1.-8. y en la Tabla ---- 2.4.2.1.1.-9. Del análisis de estas tablas, podemos concluir que hay diferencias significativas entre cada par de medias en todos los grupos menos en el grupo I (control), -- cuando se analizan las situaciones pre- y post-entrenamiento. Al analizar las diferencias entre el post-entrenamiento y el seguimiento, vemos que los resultados del post- -- entrenamiento se mantienen y no aparecen en ningún grupo - diferencias significativas.

En resumen, la información obtenida de la tabla de puntuaciones medias y del gráfico correspondiente, así como la extraída de los análisis estadísticos correspondientes, prueba la superioridad del procedimiento aplicado en el grupo III (EA + EAI) en la situación post-entrenamiento y en el seguimiento, respecto a la eliminación de - la ansiedad en situaciones que requieren una respuesta --- asertiva, a la vez que se constata la eficacia de los tres procedimientos de entrenamiento frente al grupo control.

B) Escala de Probabilidad de Respuesta.

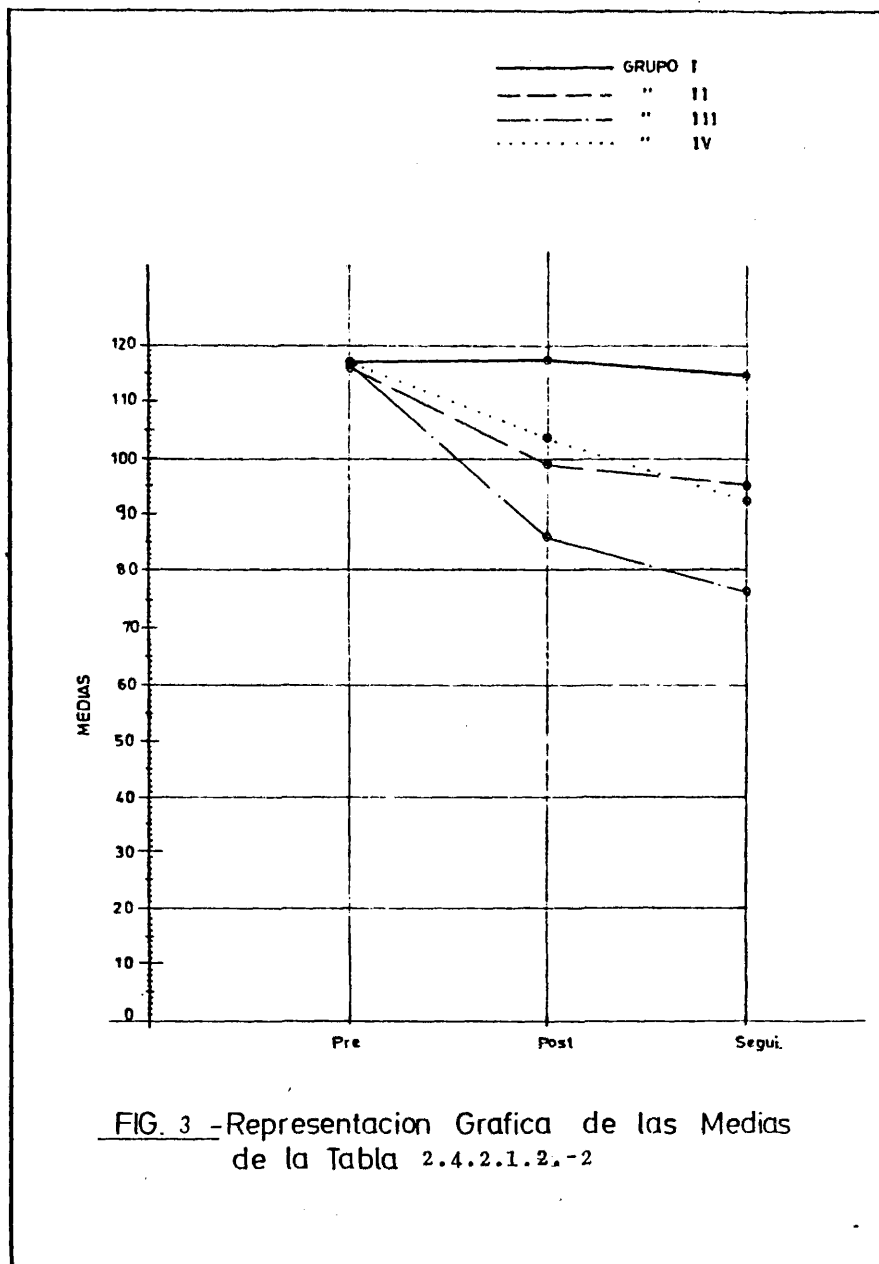
Los estadísticos descriptivos de la muestra aparecen recogidos en la Tabla 2.4.2.1.2.-2. La representación gráfica de las medidas de cada grupo, en los tres momentos de la evaluación, se muestran en la Figura 3.

En este gráfico, puede observarse las distintas tendencias manifestadas por cada uno de los grupos, a lo largo de las tres situaciones. Los tres procedimientos de entrenamiento (EA + TRE, EA + EAI y EA) aumentaron, más -- que el grupo control, la probabilidad de aparición de la -- conducta asertiva. Se observa, confirmando los datos obtenidos anteriormente, que la condición experimental III -- (EA + EAI) fue la que obtuvo mejores resultados, al compararla con los grupos II (EA + TRE) y IV (EA). Si se compara el grupo II con el IV, se observa que así como el II es más eficaz que el IV en las medidas de post-entrenamiento, esto no se mantiene en el seguimiento, donde el grupo IV -- consigue ligeros aumentos superiores en la probabilidad de aparición de la conducta asertiva. El resto de los datos -- obtenidos en el seguimiento mantienen la misma dirección -- que los obtenidos en el post-entrenamiento. El único grupo que no sufre variaciones apreciables, en ninguna de las -- tres situaciones, es el grupo control.

Tabla 2.4.2.1.2-2: Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable : Inventario de Aserción de Gambrill y Richey. Escala de probabilidad de respuesta.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	116.8571	116.1429	116.5714	116.8571	116.6071
Post-trata.	117.4286	99.7143	85.8571	103.7143	101.6786
Seguimiento	114.7143	95.0000	76.5714	92.2857	94.6428
Media Total	116.3333	103.6191	92.9999	104.2857	104.3095
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	12.2291	12.6427	11.9745	12.0407	12.2217
Post-trata.	12.8825	16.9176	10.7760	11.3353	12.9778
Seguimiento	14.0582	20.9421	10.0691	15.6270	15.1741
D.T. Total	13.0566	16.8341	10.9399	13.0010	13.4579

Nº de sujetos para todos los grupos : 7



El análisis estadístico se realizó utilizando las mismas pruebas que en las dos medidas anteriores. La prueba de Kruskal-Wallis mostró resultados significativos, al nivel de confianza del 95%. Estos datos están recogidos en la Tabla 2.4.2.1.1.-2. Dado que resultó significativa, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney. Los datos se presentan en la Tabla 2.4.2.1.1.-3. Analizando estos datos, podemos observar que aparecen diferencias significativas al comparar el grupo I (control) con todos los demás grupos. Además, al comparar las tres condiciones experimentales entre sí, observamos que aparecen conclusiones similares a las encontradas en la subescala de ansiedad. Así, aparecen diferencias significativas al comparar el grupo II (EA + TRE) con el III (EA + EAI) y el grupo III con el IV (EA). Esto vuelve a ponernos de manifiesto la superioridad del procedimiento combinado de Entrenamiento en Aserción con el Entrenamiento en Auto-Instrucciones, cuando se comparan los resultados con el resto de los procedimientos. También, -- hay que señalar que donde aparecen menores diferencias es en la comparación entre los grupos II y IV.

Estos datos se mantienen en la evaluación del seguimiento. Las Tablas, donde se recogen los resultados de las pruebas estadísticas, son la Tabla 2.4.2.1.1.-4. (prueba de Kruskal-Wallis) y la Tabla 2.4.2.1.1.-5. (prueba de U de Mann-Whitney).

Con la aplicación de la prueba T se intenta precisar la variación experimentada, por cada grupo, a lo largo de las tres situaciones (pre-, post-entrenamiento y seguimiento). Antes de la aplicación de esta prueba, se realizó la comprobación de la normalidad de las diferencias entre las situaciones pre- y post-entrenamiento y entre las situaciones post-entrenamiento y seguimiento. Para esto, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Los datos se encuentran resumidos en la Tabla 2.4.2.1.1.-6. y en la Tabla 2.4.2.1.1.-7. (ver Apéndice B).

Una vez comprobada la hipótesis nula de normalidad, se aplicó la prueba T, para la comprobación de diferencias entre cada par de medias. Los resultados aparecen recogidos en la Tabla 2.4.2.1.1.8. y en la Tabla ----- 2.4.2.1.1.-9. Del análisis de estas tablas, podemos concluir que hay diferencias significativas, entre cada par de medias, en todos los grupos menos en el grupo I (control), cuando se analizan las situaciones pre- y post-entrenamiento. Al analizar las diferencias entre el post-entrenamiento y el seguimiento, vemos que los resultados del post-entrenamiento se mantienen y no aparece en ningún grupo diferencias significativas.

En resumen, la información obtenida de la tabla de puntuaciones medias y del gráfico correspondiente, así como la extraída de los análisis estadísticos correspondientes, prueba la superioridad del procedimiento aplicado en el grupo III (EA + EAI) en la situación post-entrenamiento y seguimiento, respecto a aumentar la probabilidad de aparición de la conducta asertiva, a la vez que se constata la eficacia de los tres procedimientos de entrenamiento frente al grupo control.

2.4.2.2.- Medidas de observación.

Las conductas, objeto de observación, fueron sometidas, para el análisis de los datos, a técnicas paramétricas o no paramétricas, en función de que cumplieran o no las dos hipótesis básicas para la aplicación del ANOVA paramétrico (ver apartado 2.4.1.2.). Se considerarán las variables de forma individual, teniendo en cuenta las tres situaciones en las que fueron evaluadas.

Contacto de los ojos (v.l.)Situación 1ª (v.l.l.):

Los estadísticos descriptivos aparecen resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-1. La representación gráfica de las medias de la tabla anterior se representan en la Figura -- 4.

En la figura puede observarse cómo todos los grupos, objeto de algún tipo de intervención, incrementan el nivel de contacto ocular en la situación post-entrenamiento. El grupo que más lo incrementa es el grupo III (EA + EAI), seguido del grupo IV (EA) y del II (EA + TRE). El grupo I (control) no sólo no incrementa el contacto de los ojos, sino que ligeramente disminuye.

El análisis estadístico efectuado a través del ANOVA paramétrico (Tabla 2.4.2.2.-A.), muestra diferencias significativas entre el factor de medidas repetidas y el factor interacción. No aparecen diferencias significativas en el factor independiente, tratamientos.

225

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

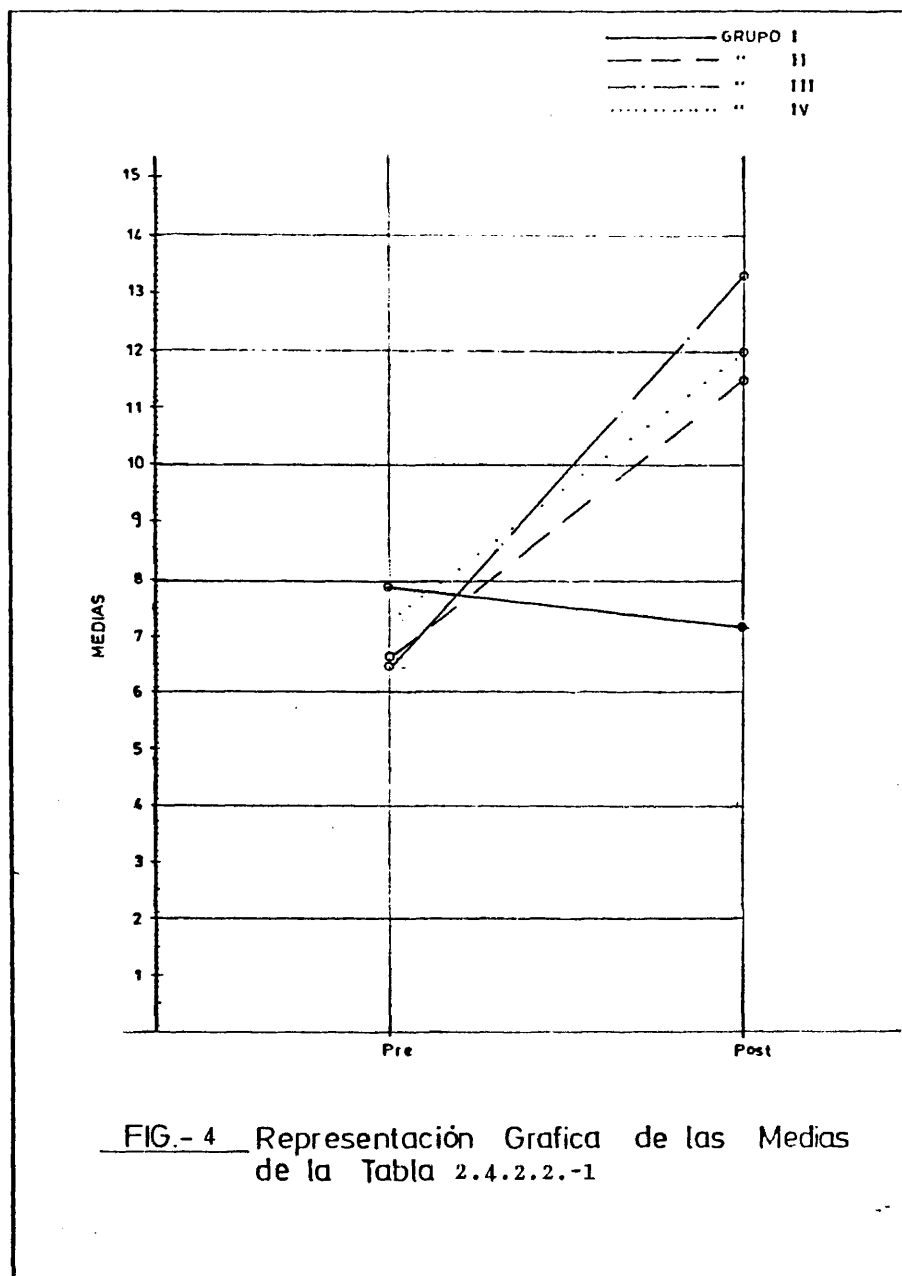


Tabla 2.4.2.2.-A : Prueba de Análisis de Varianza (ANOVA) paramétrico, de un criterio de clasificación, con medidas repetidas -- y dos niveles de situación.

Variables		F.V.	S.C.	M.C.	F	P
1	Contacto de los ojos	1.1	Inter	47.5769	15.8572	2.3575 .097
			Error	161.4284	6.7262	
			Intra	216.0703	216.0703	83.2556 .000 ***
			Interac.	110.6421	36.8807	14.2108 .000 ***
			Error	62.2863	2.5953	
	1.2		Inter	99.9100	33.3033	4.8694 .009 **
			Error	164.1432	6.8393	
			Intra	220.0166	220.0166	114.4352 .000 ***
			Interac.	44.3390	14.7796	7.6872 .001 ***
			Error	46.1431	1.9226	
2	Postura	2.1	Inter	100.6421	33.5474	11.0508 .000 ***
			Error	72.8576	3.0357	
			Intra	125.9994	125.9994	57.5211 .000 ***
			Interac.	60.4281	20.1427	9.1955 .000 ***
			Error	52.5717	2.1905	
4	Habla fluida	4.1	Inter	49.6247	16.5415	4.1477 .017 *
			Error	95.7147	3.9881	
			Intra	54.0175	54.0175	39.8023 .000 ***
			Interac.	31.9105	10.6368	7.8377 .001 ***
			Error	32.5715	1.3571	

Tabla 2.4.2.2.-A: (Continuación)

Variables	F.V.	S.C.	M.C.	F	P
4.3	Inter	87.0531	29.0177	6.1475	.003 **
	Error	113.2861	4.7202		
	Intra	220.0165	220.0165	120.3989	.000 ***
	Interac.	58.6245	19.5415	10.6936	.000 ***
	Error	43.8575	1.8274		
5 Inflexión de voz	Inter	46.4284	15.4761	3.8690	.022 *
	Error	96.0003	4.0000		
	Intra	114.2850	114.2850	78.6878	.000 ***
	Interac.	33.8569	11.2856	7.7704	.001 ***
	Error	34.8572	1.4524		
7 Uso de las manos	Inter	47.1963	15.7321	2.3143	.101
	Error	163.1431	6.7976		
	Intra	147.8742	147.8742	33.7538	.000 ***
	Interac.	59.4818	18.8273	4.2975	.015 *
	Error	105.1431	4.3810		
7.3	Inter	83.6251	27.8750	4.2151	.016 *
	Error	158.7144	6.6131		
	Intra	189.4451	189.4451	63.7808	.000 ***
	Interac.	85.7673	28.5891	9.6251	.000 ***
	Error	71.2861	2.9702		

Tabla 2.4.2.2-A: (Continuación)

Variables		F.V.	S.C.	M.C.	F	P
8	Expresividad de la cara	Inter	56.3567	18.7856	3.5066	.031 *
		Error	128.5716	5.3571		
		Intra	73.1423	73.1423	53.4259	.000 ***
		Interac.	12.9999	4.3333	3.1652	.043 *
	8.3	Error	32.8571	1.3690		
		Inter	78.7137	26.2379	3.6160	.028 *
		Error	174.1430	7.2560		
		Intra	120.0706	120.0706	44.9260	.000 ***
		Interac.	37.7852	12.5951	4.7126	.010 **
		Error	64.1431	2.6726		

* - p < 0.05
 ** - p < 0.01
 *** - p < 0.001

Tabla 2.4.2.2-C : Comprobación de las diferencias entre cada par de medias mediante la prueba T, en aquellos casos en los que el factor interacción del ANOVA paramétrico fue significativo.

Variables			Tipo de compar.	Esta. T empírico
1	Contacto de los ojos	1.1	Pre.1-Post.1	2.850
			Pre.2-Post.2	5.145 *
			Pre.3-Post.3	7.908 *
			Pre.4-Post.4	6.821 *
			Post.1-Post.2	4.429 *
			Post.1-Post.3	16.422 *
			Post.1-Post.4	5.930 *
			Post.2-Post.3	2.718
			Post.2-Post.4	3.905 *
			Post.3-Post.4	8.829 *
		1.2	Pre.1-Post.1	3.967 *
			Pre.2-Post.2	13.045 *
			Pre.3-Post.3	7.810 *
			Pre.4-Post.4	3.411 *
			Post.1-Post.2	6.078 *
			Post.1-Post.3	4.871 *
			Post.1-Post.4	4.140 *
			Post.2-Post.3	5.714 *
			Post.2-Post.4	3.745 *
			Post.3-Post.4	3.860 *
2	Postura	2.1	Pre.1-Post.1	2.704
			Pre.2-Post.2	4.866 *
			Pre.3-Post.3	8.370 *
			Pre.4-Post.4	3.623 *
			Post.1-Post.2	5.400 *
			Post.1-Post.3	8.007 *
			Post.1-Post.4	14.851 *
			Post.2-Post.3	3.418 *
			Post.2-Post.4	3.913 *
			Post.3-Post.4	5.069 *

Tabla 2.4.2.2-C (Continuación)

Variables			Tipo de Compar.	Esta. T empírico
4	Habla fluida	4.1	Pre.1-Post.1	4.742 *
			Pre.2-Post.2	2.995
			Pre.3-Post.3	9.099 *
			Pre.4-Post.4	3.361 *
			Post.1-Post.2	3.602 *
			Post.1-Post.3	5.342 *
			Post.1-Post.4	3.322 *
			Post.2-Post.3	3.213 *
			Post.2-Post.4	2.475
			Post.3-Post.4	3.210 *
		4.3	Pre.1-Post.1	2.729
			Pre.2-Post.2	6.582 *
			Pre.3-Post.3	10.261 *
			Pre.4-Post.4	5.598 *
			Post.1-Post.2	9.363 *
			Post.1-Post.3	5.748 *
			Post.1-Post.4	4.496 *
			Post.2-Post.3	4.040 *
			Post.2-Post.4	2.661
			Post.3-Post.4	3.456 *
5	Inflexión de voz	5.2	Pre.1-Post.1	2.729
			Pre.2-Post.2	2.929
			Pre.3-Post.3	9.951 *
			Pre.4-Post.4	4.820 *
			Post.1-Post.2	3.968 *
			Post.1-Post.3	5.818 *
			Post.1-Post.4	4.559 *
			Post.2-Post.3	3.300 *
			Post.2-Post.4	6.824 *
			Post.3-Post.4	2.475
7	Uso de las manos	7.1	Pre.1-Post.1	3.055
			Pre.2-Post.2	4.184 *
			Pre.3-Post.3	6.190 *
			Pre.4-Post.4	4.895 *
			Post.1-Post.2	5.212 *
			Post.1-Post.3	5.159 *
			Post.1-Post.4	5.255 *
			Post.2-Post.3	2.541
			Post.2-Post.4	5.619 *
			Post.3-Post.4	7.540 *

Tabla 2.4.2.2-C:(Continuación)

Variables		Tipo de compar.	Esta. T empírico
8	7.3	Pre.1-Post.1	2.661
		Pre.2-Post.2	7.142 *
		Pre.3-Post.3	4.723 *
		Pre.4-Post.4	7.639 *
		Post.1-Post.2	6.977 *
		Post.1-Post.3	7.142 *
		Post.1-Post.4	6.415 *
		Post.2-Post.3	3.531 *
		Post.2-Post.4	4.966 *
		Post.3-Post.4	2.055
	8.2	Pre.1-Post.1	4.608 *
		Pre.2-Post.2	4.965 *
		Pre.3-Post.3	5.370 *
		Pre.4-Post.4	3.502 *
		Post.1-Post.2	7.704 *
		Post.1-Post.3	4.709 *
		Post.1-Post.4	3.651 *
		Post.2-Post.3	5.729 *
		Post.2-Post.4	3.210 *
		Post.3-Post.4	4.315 *
	8.3	Pre.1-Post.1	3.213 *
		Pre.2-Post.2	4.339 *
		Pre.3-Post.3	5.370 *
		Pre.4-Post.4	2.170
		Post.1-Post.2	5.685 *
		Post.1-Post.3	5.049 *
		Post.1-Post.4	3.388 *
		Post.2-Post.3	3.213 *
		Post.2-Post.4	3.354 *
		Post.3-Post.4	5.714 *

* Estadístico crítico para N.C. del .99 = 3.143

Al aplicar la prueba T, para analizar el factor - interacción (Tabla 2.4.2.2.-C.), encontramos diferencias - significativas entre los momentos pre- y post-entrenamiento en todos los grupos, excepto en el grupo I (control). - Además, aparecen diferencias significativas entre los diversos resultados obtenidos, para cada grupo, en el post-entrenamiento. Así, el grupo I (control) se diferencia significativamente en el post-entrenamiento, al compararlo -- con todos los demás. También, aparecen diferencias significativas al comparar los grupos II y IV y los grupos III y IV. Sin embargo, no aparecen diferencias significativas entre los grupos II y III. El efecto más acusado corresponde al procedimiento terapéutico aplicado al grupo III (EA + - EAI) en el momento del post-entrenamiento.

Contacto de los ojos (v.1.)

Situación 2ª (v.1.2.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-2. La representación gráfica de las medias de dicha tabla aparece en la Figura 5.

Tabla 2.4.2.2.-2: Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 1.2 : Contacto de los ojos en la situación de observación 2a.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	6.2857	6.4285	7.8571	7.8571	7.1071
Post-trata.	7.5714	12.1429	13.2857	11.2857	11.0714
Media Total	6.9286	9.2857	10.5714	9.5714	9.0893
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	2.2147	2.0702	2.4103	2.0354	2.2000
Post-trata.	1.9024	1.4639	2.1381	2.3604	1.9661
D.T. Total	2.0585	1.7670	2.2742	2.1979	2.0830

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

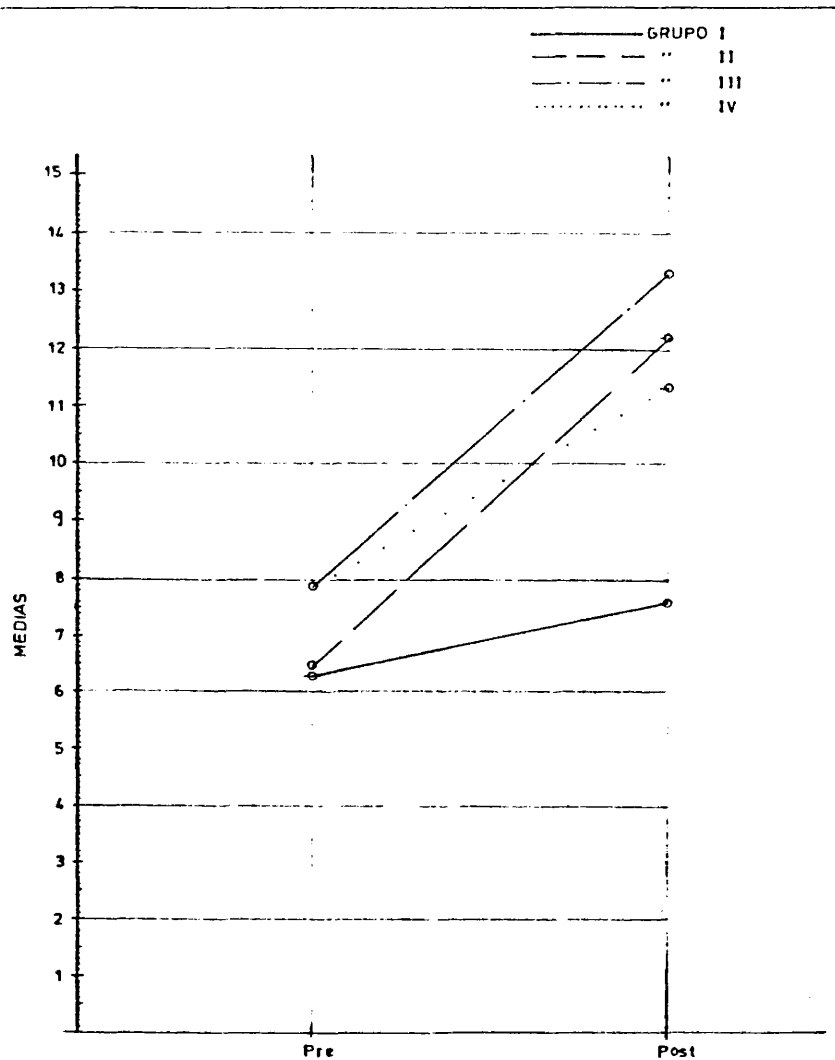


FIG.- 5 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-2

Del análisis de esta figura puede observarse que los tres procedimientos terapéuticos (grupos II, III y IV) parecen ser más eficaces que el grupo I (control). De la comparación de dichos grupos terapéuticos, en la evaluación post-entrenamiento, resultan ser los más efectivos los grupos II (EA + TRE) y III (EA + EAI) al compararlos con el grupo IV (EA).

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA paramétrico. Los datos se recogen en la Tabla 2.4.2.2.-A. Los resultados muestran diferencias significativas en los tres factores: inter-entrenamientos, intra-entrenamientos e interacción.

La comprobación de las diferencias, entre cada par de medias para el factor independiente, se realizó utilizando la prueba de Scheffé. Estos datos aparecen resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-B. Los resultados muestran que sólo existen diferencias significativas entre el grupo I (control) y el grupo III (EA + EAI). Sin embargo, es necesario hacer notar que las comparaciones, entre los grupos I - II y I - IV, se acercan mucho al estadístico crítico elegido.

Tabla 2.4.2.2.-B : Comprobación de las diferencias entre cada par de medias para el factor independiente (en aquellos casos en que éste fue significativo), mediante la prueba de Scheffé a partir de la MC error.

Variables			Tipo de compar.	E. empi. Scheffé
1	Contacto de los ojos	1.2	1-2	2.3850
			1-3	2.9189 •
			1-4	2.6741
			2-3	1.3008
			2-4	.2891
			3-4	1.0118
2	Postura	2.1	1-2	2.2782
			1-3	5.6414 •
			1-4	1.8442
			2-3	3.3631 •
			2-4	.4339
			3-4	3.7970 •
4	Habla fluida	4.1	1-2	2.0821
			1-3	3.5018 •
			1-4	1.7036
			2-3	1.4196
			2-4	.3785
			3-4	1.7982
		4.3	1-2	2.9580 •
			1-3	4.1760 •
			1-4	2.3490
			2-3	1.2180
5	Inflexión de voz	5.2	2-4	.6090
			3-4	1.5000
			1-2	2.9297 •
			1-3	2.7407
			1-4	2.6462
			2-3	.1890
			2-4	.2835
			3-4	.0944

Tabla 2.4.2.2.-B: (Continuación)

Variables			Tipo de compar.	E. empi. Scheffé
7	Uso de las manos	7.3	1-2	2.4990
			1-3	2.6460
			1-4	3.3075 •
			2-3	.1470
			2-4	.8085
			3-4	.6615
8	Expresividad de la cara	8.2	1-2	2.6947
			1-3	2.8581
			1-4	1.4698
			2-3	.1633
			2-4	1.1792
			3-4	1.3882
		8.3	1-2	2.3856
			1-3	3.1574 •
			1-4	1.7541
			2-3	.7718
			2-4	.6314
			3-4	1.4033

• Estadístico crítico para N.C. del .95 = 2.918

Para analizar la comprobación de las diferencias entre cada par de medias en el factor interacción se utilizó la prueba T. Los datos se muestran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-C. Los resultados, de esta prueba, muestran que aparecen diferencias significativas en la comparación pre- y post-entrenamiento en todos los grupos. Además, de la comparación de las diversas condiciones en el post-entrenamiento aparecen diferencias significativas entre el grupo I (control) y las restantes condiciones experimentales. La comparación, de estas últimas, muestra diferencias significativas entre las tres.

Contacto de los ojos (v.l.)

Situación 3a (v.l.3.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen expuestos en la Tabla 2.4.2.2.-3. La representación gráfica de las medias, de la tabla anterior, se encuentra en la Figura 6. Del análisis de esta figura, podemos observar que todos los procedimientos terapéuticos aumentan la frecuencia de contacto ocular. El único que no manifiesta cambios significativos es el grupo I (control). De la comparación de los diversos grupos, en la evaluación post-entrenamiento, parece ser que, de forma clara, el más eficaz es el procedimiento de entrenamiento aplicado al grupo III (EA + EAI) siguiéndole, a continuación, el grupo II (EA + TRE).

Tabla 2.4.2.2.-3 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 1.3 : Contacto de los ojos en la situación de observación 3a.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	7.4286	7.5714	6.8571	8.8571	7.6786
Post-trata.	7.5714	13.1429	13.7143	12.5714	11.7500
Media Total	7.5000	10.3571	10.2857	10.7143	9.7143
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	2.1285	2.3212	2.0996	.3499	2.0737
Post-trata.	1.6782	1.3553	1.2778	1.6782	1.4974
D.T. Total	1.9034	1.8383	1.6887	1.0141	1.7856

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

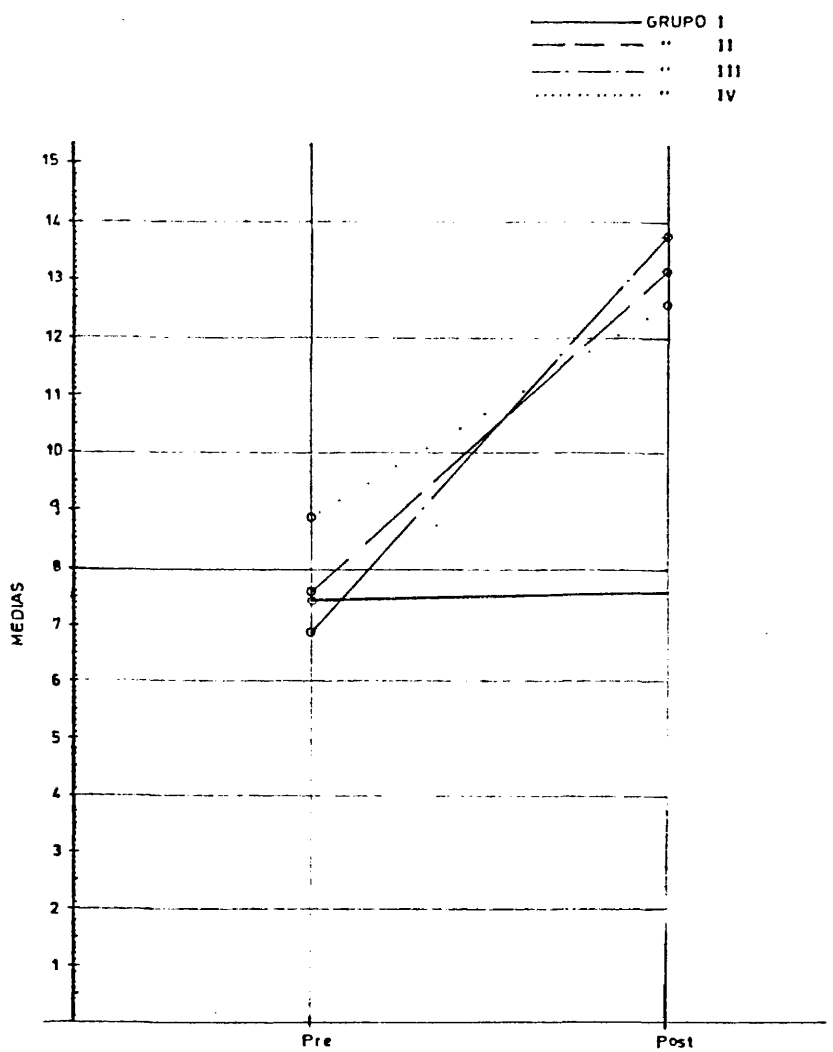


FIG.- 6 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-3

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-D. Este análisis muestra diferencias significativas entre los grupos en la evaluación post-entrenamiento.

Para la comprobación de las diferencias, entre cada par de grupos, se aplicó la prueba de rangos de U de Mann-Whitney. Los resultados se encuentran en la Tabla 2.4.2.2.-E. Del análisis de los mismos, observamos que aparecen diferencias significativas al comparar el grupo I (control) con todos los demás. Sin embargo, no aparecen diferencias significativas al comparar los tres procedimientos de entrenamiento entre sí. Hay que hacer notar que la comparación entre los grupos III y IV está muy cerca de la significación.

Con el fin de llevar a cabo un análisis más preciso de la evolución de los sujetos a través del tiempo, se aplicó la prueba de Friedman, cuyos resultados se encuentran en la Tabla 2.4.2.2.-F. Este análisis muestra que el factor tiempo no influye significativamente en ninguno de los grupos.

Tabla 2.4.2.2.-D : Prueba de Análisis de Varianza (ANOVA) de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis para muestras independientes. Comprobación de diferencias en los grupos en el post-tratamiento.

Variables			Estadist. empírico	N. de signif.
1	Contacto de los ojos	1.3	17.201	.0006***
3	Distancia física	3.1	18.114	.0004***
		3.2	22.147	.0001***
		3.3	22.531	.0001***
4	Habla fluida	4.2	16.806	.0008***
5	Inflexión de voz	5.1	14.114	.0020**
		5.3	18.354	.0004***
6	Volumen de voz	6.1	15.027	.0018**
		6.2	19.304	.0002***
		6.3	18.826	.0003**
8	Expresividad de la cara	8.1	13.278	.0040**
9	Se tapa la boca con la mano	9.1	2.079	.5560
		9.2	3.849	.2780
		9.3	6.222	.1010
10	Se toca el pelo con la mano	10.1	2.999	.3910
		10.2	4.054	.2550
		10.3	9.683	.0210*
11	Se arregla la ropa	11.1	3.757	.2880
		11.2	2.079	.5560
		11.3	6.222	.1010
12	Se retuerce las manos	12.3	3.849	.2780
13	Juega con algo	13.2	21.597	.0001***
		13.3	18.503	.0003***
14	Emite risitas	14.3	8.693	.0330*

* $p(\alpha) \leq 0.05$
 ** $p(\alpha) \leq 0.01$
 *** $p(\alpha) \leq 0.001$

Tabla 2.4.2.2.-E : Comprobación de diferencias entre cada par de grupos para el caso de muestras independientes, mediante la prueba de rangos de U de Mann-Whitney.

Variables			Tipo de compar.	Estadis. empírico	Probabi. asociada
1	Contacto de los ojos	1.3	1-2	0	.0007***
			1-3	0	.0008***
			1-4	0	.0007***
			2-3	18	.2065
			2-4	29	.2593
			3-4	34	.0977
3	Distancia física	3.1	1-2	7	.0044**
			1-3	0	.0003***
			1-4	0	.0003***
			2-3	13	.0593
			2-4	23	.4218
			3-4	49	.0006***
		3.2	1-2	0	.0004***
			1-3	0	.0002***
			1-4	0	.0004***
			2-3	10	.0124*
			2-4	23	.1328
			3-4	49	.0004***
		3.3	1-2	0	.0006***
			1-3	0	.0002***
			1-4	1	.0008***
			2-3	10	.0122*
			2-4	38	.0299*
			3-4	49	.0004***
4	Habla fluida	4.2	1-2	1	.0011**
			1-3	0	.0008***
			1-4	1	.0011**
			2-3	14	.0857
			2-4	26	.4212
			3-4	38	.0382*
5	Inflexión de voz	5.1	1-2	6	.0075**
			1-3	1	.0011**
			1-4	6	.0043**
			2-3	14	.0889
			2-4	27	.3547
			3-4	39	.0224*

Tabla 2.4.2.2.-E: (Continuación)

Variables			Tipo de compar.	Estadis. empírico	Probabi. asociada
6	Volumen de voz	5.3	1-2	0	.0004***
			1-3	1	.0011**
			1-4	3	.0021**
			2-3	21	.2669
			2-4	35	.0299*
			3-4	35	.0573
		6.1	1-2	12	.0474*
			1-3	0	.0007***
			1-4	0	.0006***
			2-3	13	.0573
			2-4	19	.2478
			3-4	41	.0076**
		6.2	1-2	0	.0009***
			1-3	0	.0005***
			1-4	0	.0007***
			2-3	13	.0505
			2-4	30	.2127
			3-4	43	.0048**
	6.3	1-2	0	.0005***	
		1-3	0	.0003***	
		1-4	0	.0005***	
		2-3	11	.0320*	
		2-4	30	.2349	
		3-4	38	.0223*	
8	Expresividad de la cara	8.1	1-2	14	.0849
			1-3	3	.0024**
			1-4	9	.0104*
			2-3	7	.0111*
			2-4	18	.1680
			3-4	39	.0157*
10	Se toca el pelo con la mano	10.3	1-2	35	.0310*
			1-3	35	.0310*
			1-4	35	.0310*
			2-3	24	.5000
			2-4	24	.5000
			3-4	24	.5000

Tabla 2.4.2.2.-E: (Continuación)

Variables			Tipo de compar.	Estadis. empírico	Probabi. asociada
13	Juega con algo	13.2	1-2	49	.0005***
			1-3	49	.0004***
			1-4	49	.0007***
			2-3	28	.0158*
			2-4	12	.0290*
			3-4	10	.0110*
		13.3	1-2	42	.0080**
			1-3	49	.0004***
			1-4	46	.0010***
			2-3	28	.1580
			2-4	10	.0190*
			3-4	3	.0009***
14	Emite risitas	14.3	1-2	40	.0160*
			1-3	41	.0090**
			1-4	39	.0240*
			2-3	28	.2650
			2-4	21	.2950
			3-4	17	.1270

** p < 0.01
 *** p < 0.001
 * p < 0.05

Tabla 2.4.2.2.-F: Prueba de Análisis de Varianza (ANOVA) por rangos de Friedman, en muestras relacionadas, entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento.

Variables			Grupo	Valor esta. empírico
1	Contacto de los ojos	1.3	1	9.2142
			2	4.2321
			3	7.0178
			4	3.9107
3	Distancia física	3.1	1	2.2500
			2	3.3750
			3	4.8750
			4	2.4107
		3.2	1	1.1250
			2	2.7321
			3	1.8750
			4	2.3571
		3.3	1	1.1250
			2	2.5714
			3	2.4642
			4	5.6785
4	Habla fluida	4.2	1	9.8571
			2	5.8928
			3	7.0178
			4	7.6071
5	Inflexión de voz	5.1	1	10.3928
			2	9.1071
			3	5.7857
			4	2.6250
		5.3	1	9.9642
			2	1.1250
			3	8.4642
			4	6.3750
6	Volumen de voz	6.1	1	8.0892
			2	4.5000
			3	5.3035
			4	1.5535
		6.2	1	6.6428
			2	2.7857
			3	5.3035
			4	5.5178

Tabla 2.4.2.2.-F: (Continuación)

Variables			Grupo	Valor esta. empírico
	6.3		1	1.1250
			2	6.8571
			3	2.6250
			4	4.6071
8	Expresividad de la cara	8.1	1	9.0535
			2	5.1964
			3	10.5535
			4	2.9464
9	Se tapa la boca con la mano	9.1	1	.0000
			2	2.3035
			3	2.4107
			4	5.3035
		9.2	1	4.9285
			2	1.9285
			3	1.8750
			4	4.5000
		9.3	1	4.2857
			2	.0000
			3	1.9285
			4	1.8750
10	Se toca el pelo con la mano	10.1	1	5.4107
			2	1.9285
			3	1.9285
			4	1.1250
		10.2	1	5.3035
			2	1.1250
			3	1.8750
			4	1.8750
		10.3	1	8.0892
			2	.0000
			3	.0000
			4	.0000
11	Se arregla la ropa	11.1	1	4.8750
			2	1.1250
			3	.0000
			4	1.8750
		11.2	1	4.5535
			2	1.1250
			3	.0000
			4	1.1250

Tabla 2.4.2.2.-F: (Continuación)

Variables			Grupo	Valor esta. empírico
	11.3		1	6.7500
			2	1.1250
			3	1.1250
			4	1.1250
12	Se retuerce las manos	12.3	1	7.7142
			2	2.4642
			3	.0000
			4	.0000
13	Juega con algo	13.2	1	8.5714
			2	5.4107
			3	1.9285
			4	4.6071
		13.3	1	3.5357
			2	3.2678
			3	2.7321
			4	4.6607
14	Emite risitas	14.3	1	6.6428
			2	1.9821
			3	5.7321
			4	7.2857

Estadístico crítico para n.c. del .99 $\chi^2 = 12.59$

De forma global, respecto a esta variable, puede decirse que cualquiera de las tres estrategias de intervención empleadas resultan ser superiores al grupo control en la adquisición de esta conducta. No obstante, la utilización de procedimientos cognitivo conductuales muestra ser superior al Entrenamiento en Aserción solo.

Postura (v.2.)

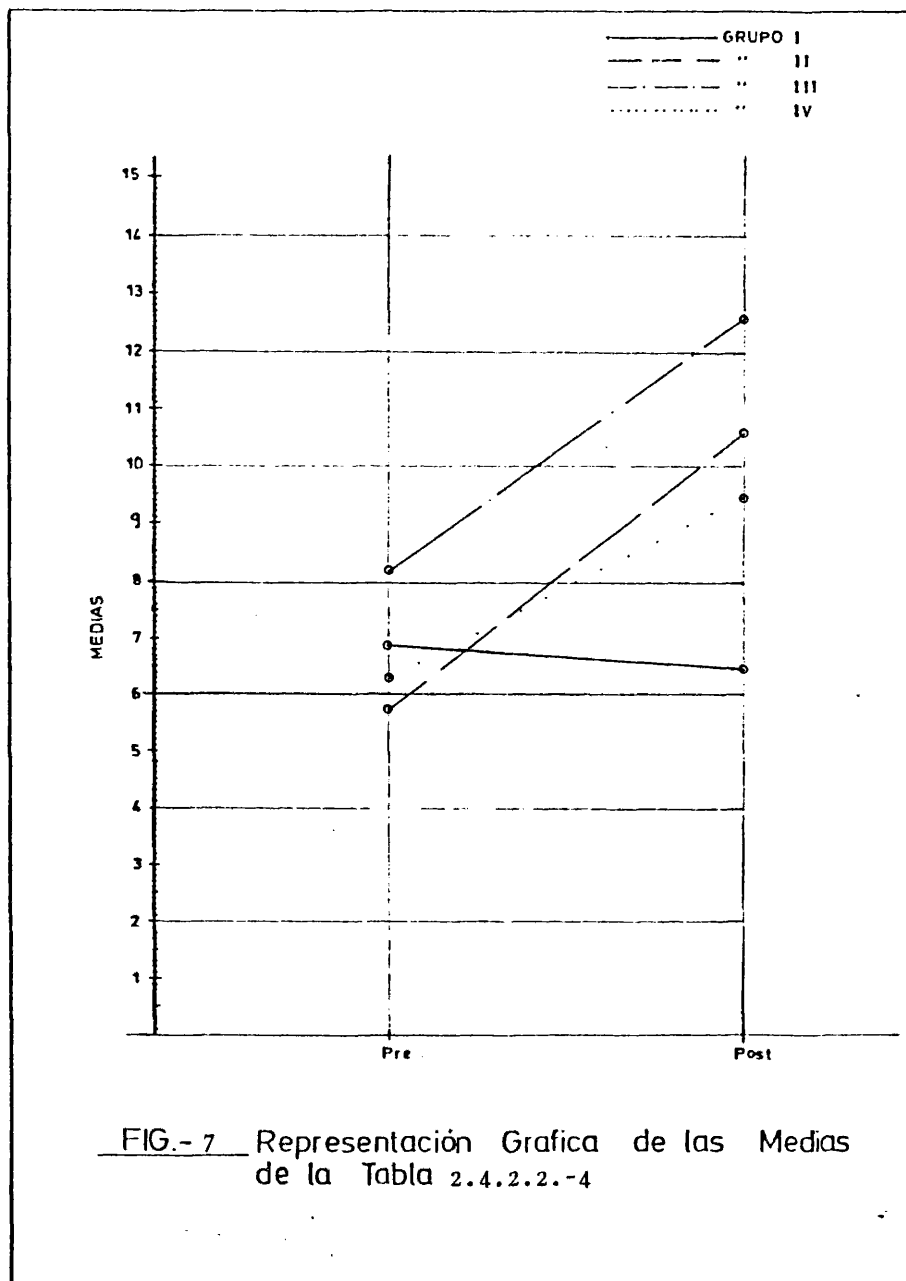
Situación 1a (v.2.1.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen expuestos en la Tabla -- 2.4.2.2.-4. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, aparecen en la Figura 7. Del análisis de la figura, puede observarse que los grupos II, III y IV -- varían considerablemente de la situación pre-entrenamiento a la situación post-entrenamiento, mientras el grupo I apenas experimenta variación. Comparando los tres grupos experimentales, los grupos III (EA + EAI) y II (EA + TRE) obtienen mejores resultados que el grupo IV (EA), respecto a la consecución de la postura adecuada.

Tabla 2.4.2.2.-4: Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 2.1 : Postura en la situación de observación la.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	6.8571	5.7143	8.1429	6.2857	6.7500
Post-trata.	6.4286	10.5714	12.5714	9.4286	9.7500
Media Total	6.6429	8.1429	10.3571	7.8571	8.2500
<u>Desviación típica</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	1.3452	1.2536	1.4639	2.1381	1.7559
Post-trata.	1.2724	2.3705	1.5119	1.1339	1.5721
D.T. Total	1.3088	1.8120	1.4879	1.6360	1.6640

Nº de sujetos para todos los grupos : 7



El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA paramétrico de un criterio de clasificación con medidas repetidas. Los resultados aparecen recogidos en la Tabla 2.4.2.2.-A. Los datos muestran que existen diferencias significativas en los tres factores.

Para comprobar las diferencias entre cada par de medias para el factor independiente, entrenamiento, se aplicó la prueba de Scheffé. Los datos (Tabla 2.4.2.2.-B.) muestran diferencias significativas en la comparación entre el grupo I (control) y el grupo III.

Para analizar el factor interacción se aplicó la prueba T. Los resultados aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-C. Muestran diferencias significativas entre los momentos pre- y post-entrenamiento en todos los grupos, menos en el grupo I. Al analizar los datos obtenidos en el post-entrenamiento se observa que aparecen diferencias significativas al comparar el grupo I con todos los demás, el grupo II con el III y el IV y estos dos últimos entre sí.

De forma global, respecto a esta variable, puede decirse que cualquiera de las tres estrategias de intervención empleadas resulta ser superior al grupo control, en la adquisición de esta conducta. No obstante, hay que hacer notar que los procedimientos cognitivo conductuales muestran ser superiores al Entrenamiento en Aserción solo y que la combinación del Entrenamiento en Auto-Instrucciones más el Entrenamiento en Aserción ofrece mejores resultados que la Terapia Racional Emotiva más el Entrenamiento en Aserción.

Distancia física (v.3.)

Situación 1ª (v.3.1.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-5. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se representan en la Figura 8. En ella, puede observarse el cambio experimentado por los cuatro grupos entre el pre-entrenamiento y el post-entrenamiento. Los grupos II, III y IV obtienen mejores resultados respecto a la consecución de la distancia física adecuada, mientras el grupo I presenta resultados ligeramente inferiores. Comparando los tres procedimientos terapéuticos, resulta ser más efectivo el grupo III (EA + EAI), logrando los grupos II y IV unas mejoras considerablemente inferiores al grupo III y similares entre sí.

Tabla 2.4.2.2.-5: Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 3.1 : Distancia física en la situación de observación la.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	6.4286	6.2857	5.5714	6.4286	6.1786
Post-trata.	6.0000	10.5714	14.7143	10.0000	10.3214
Media Total	6.2143	8.4285	10.1428	8.2143	8.2500
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.F. Total
Pre-trata.	.4949	1.3851	1.0498	1.0498	.9949
Post-trata.	.0000	3.9590	.4518	1.3093	1.4300
D.F. Total	.2474	2.6720	.7508	1.1795	1.2125

Nº de sujetos para todos los grupos :7

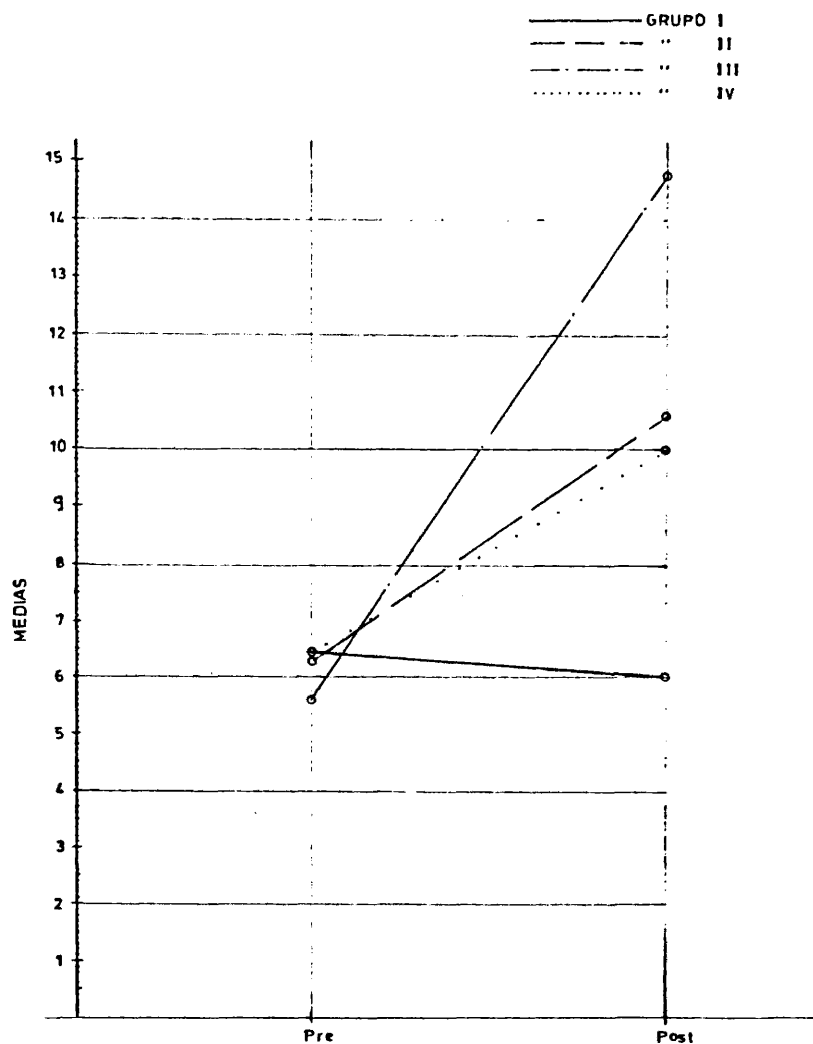


FIG.- 8 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-5

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de ---- Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la -- Tabla 2.4.2.2.-D. Este análisis muestra diferencias significativas entre los grupos en la evaluación post-entrena-- miento.

Para la comprobación de diferencias, entre cada par de grupos, se aplicó la prueba de rangos U de Mann- -- Whitney. Los resultados se encuentran en la Tabla ----- 2.4.2.2.-E. Del análisis de los mismos, observamos que apa-- recen diferencias significativas al comparar el grupo I -- (control) con todos los demás. También, aparecen diferen-- cias significativas al comparar el grupo III (EA + EAI) -- con los grupos II (EA + TRE) y IV (EA), no apareciendo di-- ferencias significativas entre estos dos últimos.

Con el fin de llevar a cabo un análisis más preci-- so de la evaluación de los sujetos a través del tiempo, se aplicó la prueba de Friedman, cuyos resultados se recogen en la Tabla 2.4.2.2.-F. Este análisis muestra que el fac-- tor tiempo no influye significativamente en ninguno de los grupos.

Distancia física (v.3)Situación 2ª (v.3.2.):

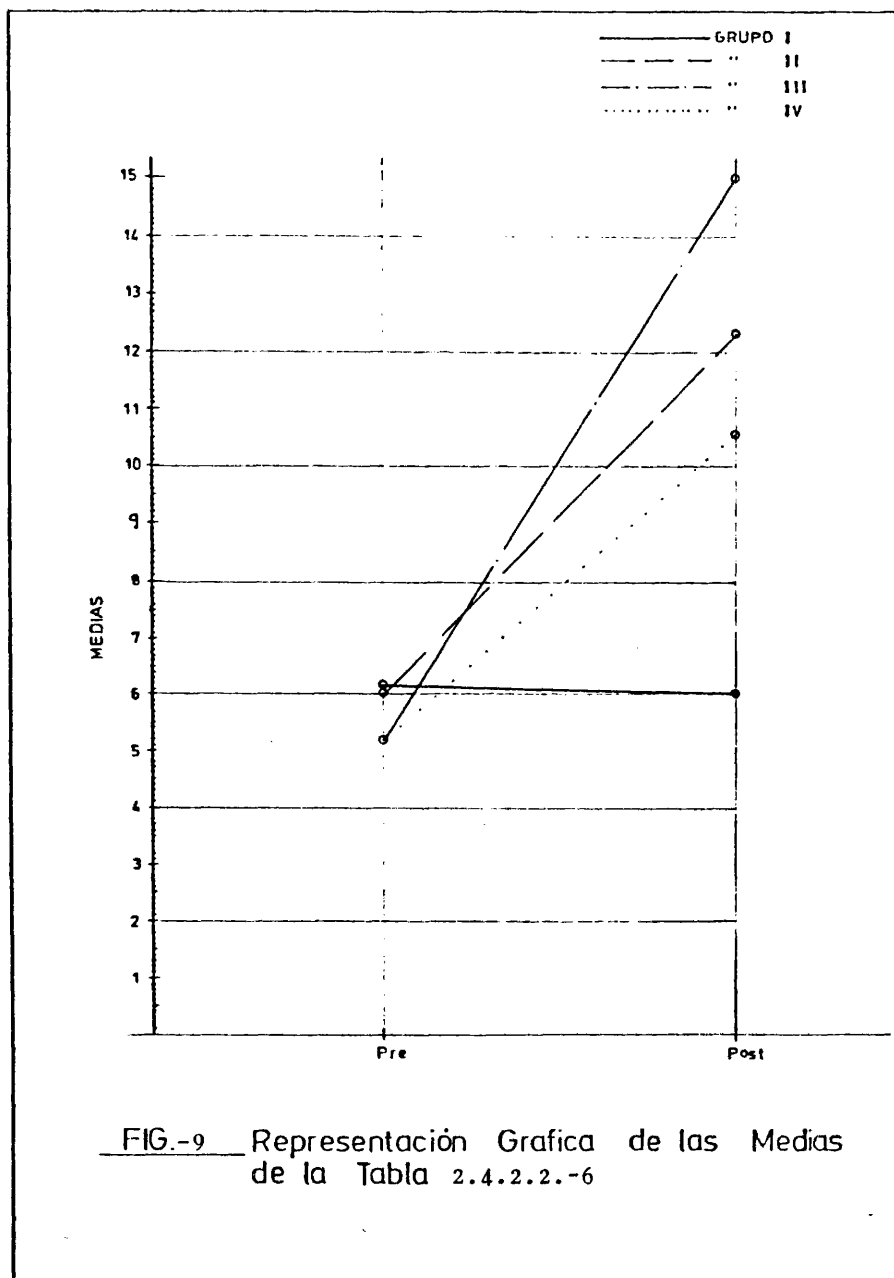
Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-6. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 9. En ella, puede observarse el cambio experimentado por los cuatro grupos entre el pre-entrenamiento y post-entrenamiento. Los grupos III, II y IV obtienen mejores resultados, respecto a la consecución de la distancia física adecuada, mientras el grupo I apenas experimenta variación. Comparando los tres procedimientos terapéuticos, resulta ser más efectivo el grupo III (EA + EAI), logrando los grupos II (EA + TRE) y IV (EA) mejoras inferiores al grupo III y similares entre sí.

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran reunidos en la Tabla 2.4.2.2.-D. Este análisis muestra diferencias significativas entre los grupos en la evaluación post-entrenamiento.

Tabla 2.4.2.2.-6: Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

Variable 3.2 : Distancia física en la situación de observación 2a.					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	6.1429	6.0000	5.1429	5.1429	5.6071
Post-trata.	6.0000	12.2857	15.0000	10.5714	10.9643
Media Total	6.0714	9.1429	10.0714	7.8571	8.2857
<u>Desviación típica</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	.3499	.0000	1.3553	1.1249	.7075
Post-trata.	.0000	2.5475	.0000	1.1780	.9314
D.T. Total	.1750	1.2738	.6776	1.1514	.8194

Nº de sujetos para todos los grupos : 7



Para la comprobación de diferencias, entre cada par de grupos, se aplicó la prueba de rangos de U de Mann-Whitney. Los resultados se encuentran en la Tabla -----
 2.4.2.2.-E. Del análisis de los mismos, observamos que aparecen diferencias significativas al comparar el grupo I -- (control) con todos los demás. También, aparecen diferencias significativas al comparar el grupo III con los grupos II y IV, no apareciendo diferencias significativas entre estos dos últimos.

Con el fin de llevar a cabo un análisis más preciso de la evolución de los sujetos a través del tiempo, se aplicó la prueba de Friedman, cuyos resultados se recogen en la Tabla 2.4.2.2.-F. Este análisis muestra que el factor tiempo no influye significativamente en los resultados de ninguno de los grupos.

Distancia física (v.3.)

Situación 3a (v.3.3.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-7. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presentan en la Figura 10. En ella, puede observarse el cambio experimentado por los cuatro grupos entre el pre-entrenamiento y el post-entrenamiento.

Tabla 2.4.2.2.-7: Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 3.3 : Distancia física en la situación de observación 3ª.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	6.0000	6.0000	6.0000	5.5714	5.8929
Post-trata.	6.4286	12.8571	15.0000	10.5714	11.2143
Media Total	6.2143	9.4286	10.5000	8.0714	8.5536
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	.0000	.0000	1.4142	1.0498	.6160
Post-trata.	1.0498	2.0996	.0000	1.2936	1.1108
D.T. Total	.5249	1.0498	.7071	1.1717	.8634

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

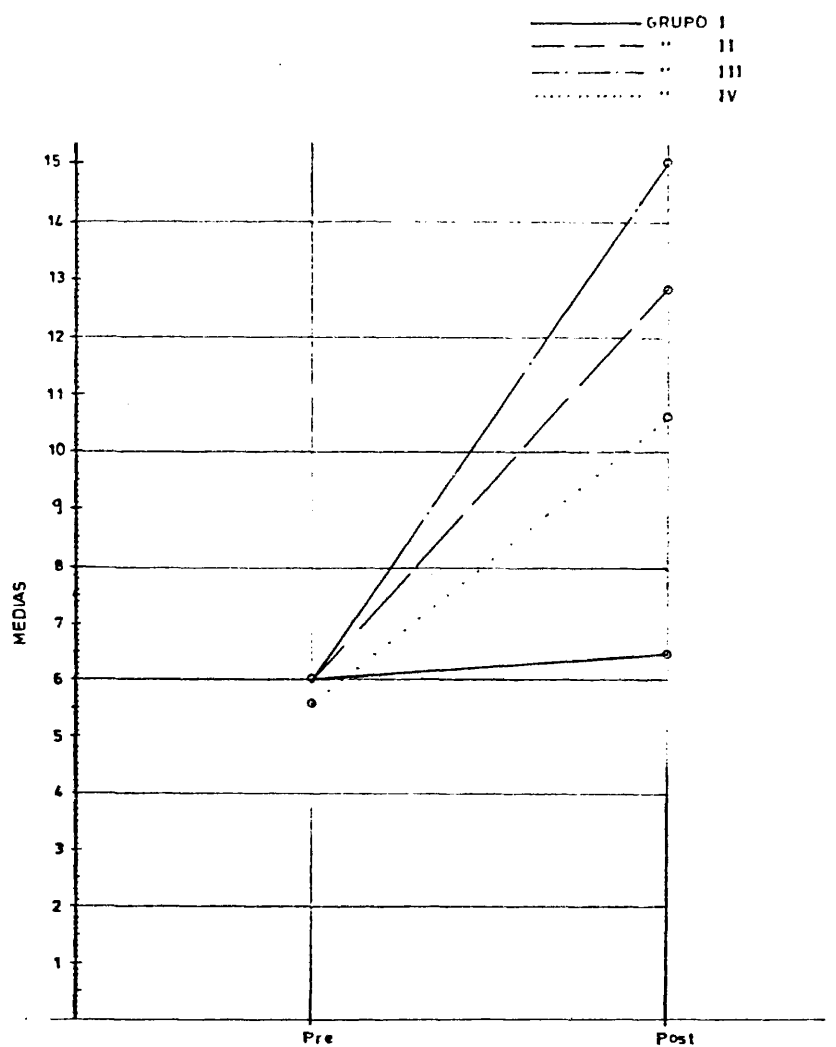


FIG.- 10 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-7

Los grupos III (EA + EAI), II (EA + TRE) y IV -- (EA) obtienen mejores resultados respecto a la consecución de la distancia física adecuada, mientras el grupo I (control) apenas experimenta variación. Comparando los tres -- procedimientos terapéuticos, resulta ser más efectivo el -- grupo III, logrando los grupos II y IV mejoras inferiores al grupo III.

El análisis estadístico se efectuó a través de -- un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la -- Tabla 2.4.2.2.-D. Este análisis muestra diferencias significativas entre los grupos de evaluación post-entrenamiento.

Para la comprobación de diferencias, entre cada par de grupos, se aplicó la prueba de rangos de U de Mann-Whitney. Los resultados se muestran en la Tabla 2.4.2.2.-E. Del análisis de los mismos, observamos que aparecen diferencias significativas al comparar el grupo I (control) -- con todos los demás. También, aparecen diferencias significativas al comparar el grupo III con los grupos II y IV y al comparar estos dos últimos entre sí.

Con el fin de llevar a cabo un análisis más preciso de la evolución de los sujetos a través del tiempo, se aplicó la prueba de Friedman, cuyos resultados se recogen en la Tabla 2.4.2.2.-F. Este análisis muestra que el factor tiempo no influye significativamente en los resultados de ninguno de los grupos.

De forma global, respecto a esta variable, puede decirse que cualquiera de las tres estrategias de intervención empleadas resulta ser superior al grupo control, - en la adquisición de esta conducta. No obstante, la combinación del Entrenamiento en Auto-Instrucciones más el Entrenamiento en Aserción muestra ser superior al Entrenamiento en Aserción solo y a la combinación de éste con la Terapia Racional Emotiva, no encontrándose diferencias significativas entre estos dos últimos procedimientos.

Habla fluida (v.4)

Situación 1a (v.4.1.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-8. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 11. En ella, puede observarse el cambio experimentado por los cuatro grupos entre el pre-entrenamiento y el post-entrenamiento. Los grupos II - (EA + TRE), III (EA + EAI) y IV (EA) obtienen mejores resultados respecto a la cuestión de un habla fluida, mientras el grupo I (control) apenas experimenta variación. -- Comparando los tres procedimientos terapéuticos, parecen ser más efectivos los grupos III y IV, logrando el grupo - II mejoras inferiores a ellos.

Tabla 2.4.2.2.-8 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 4.1 : Habla fluida en la situación de observación 1a.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	7.1429	7.5714	8.1429	6.4286	7.3214
Post-trata.	6.7143	9.4286	11.0000	10.0000	9.2857
Media Total	6.9286	8.5000	9.5714	8.2143	8.3036
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	1.8645	1.3973	1.4639	2.0702	1.7438
Post-trata.	1.7995	1.6184	1.2910	1.4142	1.6144
D.T. Total	1.8320	1.5078	1.3774	1.7422	1.6791

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

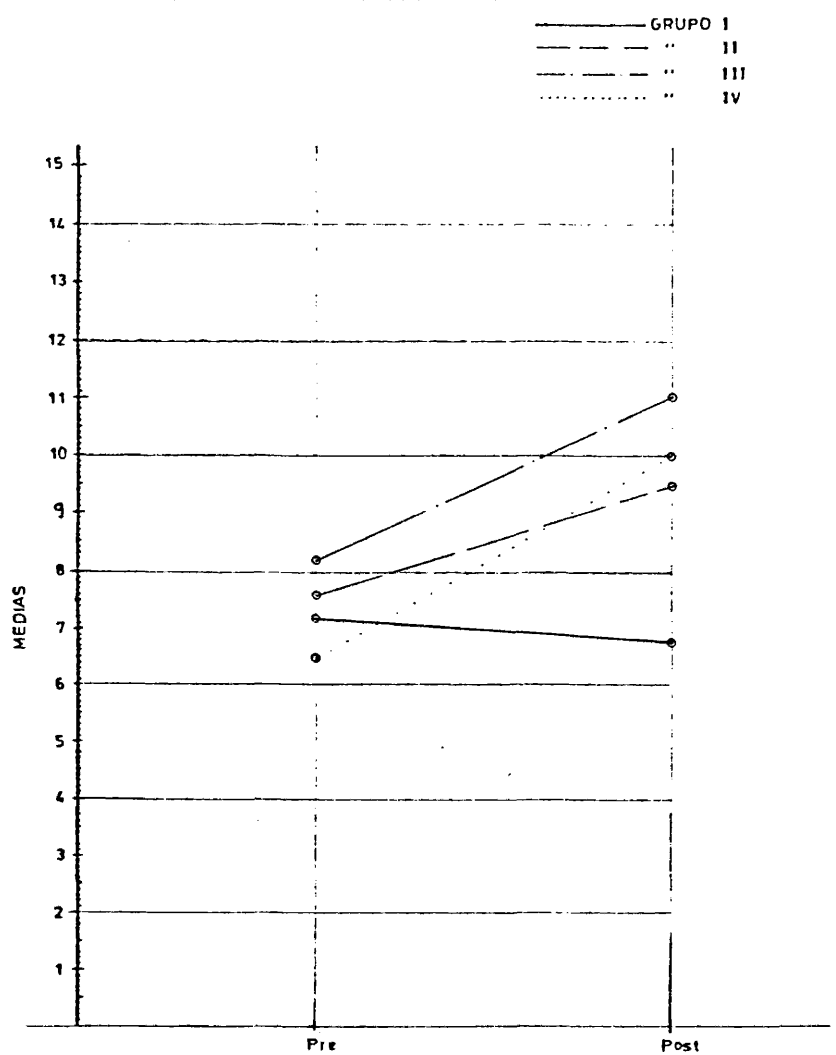


FIG.- 11 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-8

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA paramétrico de un criterio de clasificación, con medidas repetidas. Los datos se muestran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-A. Este análisis muestra diferencias significativas en los tres factores: inter-entrenamientos, intra-entrenamientos (evaluación pre- y post-entrenamiento) e interacción.

Para comprobar las diferencias, entre cada par de medias para el factor independiente, inter-entrenamiento, se aplicó la prueba de Scheffé. Los datos aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-B. y muestran diferencias significativas solamente en la comparación entre el grupo I y el III. Sin embargo, hay que hacer notar que la comparación entre el grupo I y II se aproxima al estadístico crítico elegido.

Los resultados de la prueba T se muestran en la Tabla 2.4.2.2.-C. Estos indican que aparecen diferencias significativas, en las comparaciones realizadas entre el pre- y post-tratamiento, para todos los grupos, excepto el grupo II. Sin embargo, el estadístico empírico de esta última comparación (2.9) se acerca mucho al crítico elegido (3.1). Con respecto al grupo I (control), aunque aparecen diferencias significativas entre el pre- y post-tratamiento, el cambio no se efectúa en la dirección deseada. Estos resultados nos indican que los tres procedimientos de intervención son eficaces, para conseguir un habla fluida en esta situación de aserción.

Al analizar los datos obtenidos en el post-entrenamiento, observamos que aparecen diferencias significativas al comparar el grupo I con todos los demás grupos. También, aparecen diferencias significativas al comparar el grupo III con los grupos II y IV y no aparecen diferencias significativas en la comparación de estos dos últimos.

Estos datos nos indican que el grupo más eficaz, para aumentar el habla fluida en situaciones que requieren una respuesta asertiva, ha sido el grupo III, seguido de los grupos II y IV, que no muestran diferencias significativas entre ellos.

Habla fluida (v.4.)

Situación 2a (v.4.2.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-9. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 12. En ella puede observarse el cambio experimentado por los cuatro grupos entre el pre- y post-entrenamiento. Los grupos III (EA + EAI), II (EA + TRE) y IV (EA) obtienen mejores resultados, respecto a la consecución de un habla fluida, mientras el grupo I (control) apenas experimenta variación. Comparando los tres procedimientos terapéuticos resulta ser más efectivo el -- grupo III, logrando el grupo II mejoras inferiores al grupo III, pero superiores al II.

Tabla 2.4.2.2.-9 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 4.2 : Habla fluida en la situación de observación 2a.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	6.4286	6.8571	7.4286	7.7143	7.1071
Post-trata.	6.4286	11.0000	12.2875	10.7143	10.1076
Media Total	6.4286	8.9286	9.8580	9.2143	8.6074
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	1.1780	1.3553	2.1285	1.4846	1.5366
Post-trata.	1.4983	1.6903	1.3851	1.2776	1.4628
D.T. Total	1.3382	1.5228	1.7568	1.3811	1.4997

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

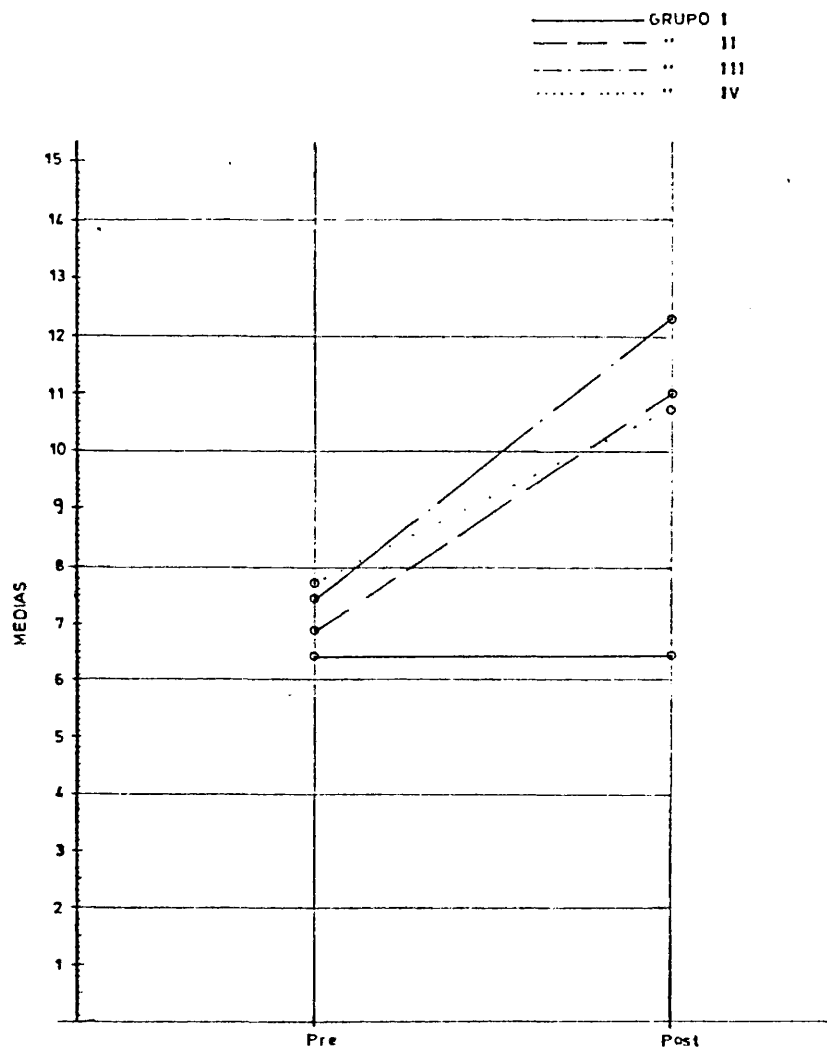


FIG.- 12 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-9

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA no paramétrico, de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se muestran en la Tabla ----- 2.4.2.2.-D. Este análisis muestra diferencias significativas, entre los grupos, en la evaluación post-entrenamiento.

Para la comprobación de diferencias, entre cada par de grupos, se aplicó la prueba de rangos de U de Mann-Whitney. Los resultados se muestran en la Tabla 2.4.2.2.-E. Del análisis de los mismos, observamos que aparecen diferencias significativas al comparar el grupo I con todos los demás. También, aparecen diferencias significativas al comparar el grupo III con el IV y muy cercanas, a la significación, la comparación entre los grupos II y III. Sin embargo, no aparecen diferencias significativas entre los grupos II y IV.

Con el fin de llevar a cabo un análisis más preciso de la evolución de los sujetos a través del tiempo, se aplicó la prueba de Friedman, cuyos resultados se recogen en la Tabla 2.4.2.2.-F. Este análisis muestra que el factor tiempo no influye significativamente en ninguno de los grupos.

Habla fluida (v.4)Situación 3a (v.4.3.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-lo. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 13. En ella se puede observar el cambio experimentado por los cuatro grupos, entre el pre-entrenamiento y el post-entrenamiento. Los grupos - III (EA + EAI), II (EA + TRE) y IV (EA) obtienen mejores resultados, respecto a la consecución de un habla fluida, mientras el grupo I (control) apenas presenta variaciones. Comparando los tres grupos terapéuticos, parecen ser más efectivos los grupos III y II, logrando el grupo IV mejoras inferiores a ellos.

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA paramétrico de un criterio de clasificación, con medidas repetidas. Los datos se muestran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-A. Este análisis muestra diferencias significativas en los tres factores.

Tabla 2.4.2.2.-10 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 4.3 : Habla fluida en la situación de observación 3a.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	6.5714	6.4286	7.5714	6.7143	6.8214
Post-trata.	7.1429	12.1429	13.0000	10.8571	10.7857
Media Total	6.8571	9.2857	10.2857	8.7857	8.8036
<u>Desviación típica</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	2.3705	2.0702	1.5119	1.7995	1.9062
Post-trata.	2.1157	1.4639	1.4142	1.4639	1.6144
D.T. Total	2.2431	1.7670	1.4630	1.6317	1.7603

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

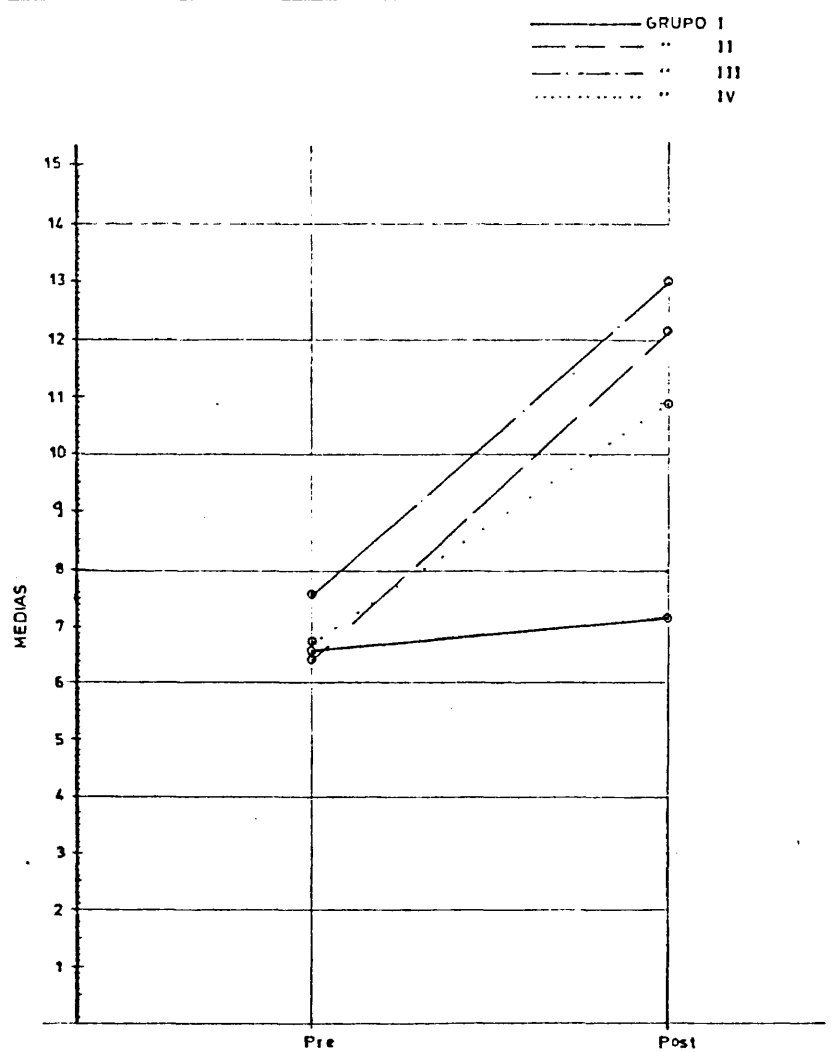


FIG.- 13 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-10

Para comprobar las diferencias, entre cada par - de medias para el factor independiente, inter-entrenamientos, se aplicó la prueba Scheffé. Los datos aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-B. y muestran diferencias significativas en las comparaciones entre los grupos I - II y I - III. El - valor de la comparación entre el grupo I y el IV se acerca bastante al estadístico crítico elegido.

Los resultados de la prueba T se muestran en la Tabla 2.4.2.2.-C. Estos indican que aparecen diferencias - significativas, en las comparaciones realizadas entre el - pre- y el post-entrenamiento, para todos los grupos, excep - to para el grupo I. Estos resultados nos indican que los - tres procedimientos de intervención terapéutica son efica - ces para conseguir un habla fluida en una situación de --- aserción.

Al analizar los datos obtenidos en el post-entre - namiento, observamos que aparecen diferencias significati - vas al comparar el grupo I con todos los demás grupos. Tam - bién, aparecen diferencias significativas al comparar el - grupo III con el grupo II y IV. No aparecen diferencias -- significativas al comparar el grupo II con el IV.

De forma global, respecto a esta variable, puede decirse que cualquiera de las tres estrategias de intervención empleadas resulta ser superior al grupo control, en la adquisición de esta conducta. No obstante, la combinación de Entrenamiento en Auto-Instrucciones más el Entrenamiento en Aserción muestra ser superior al Entrenamiento en Aserción solo y a la combinación de éste con la Terapia Racional Emotiva, no encontrándose diferencias significativas entre estos dos últimos procedimientos.

Inflexión de la voz (v.5.)

Situación 1a (v.5.1.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-11. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se representa en la Figura 14. En ella se puede observar el cambio experimentado por los cuatro grupos entre el pre-entrenamiento y el post-entrenamiento. Los grupos - III (EA + EAI), II (EA + TRE) y IV (EA) obtienen mejores resultados, respecto a la consecución de una mayor inflexión de la voz, mientras el grupo I (control) presenta una ligera variación en dirección opuesta al cambio deseado. Comparando los tres grupos terapéuticos, el grupo más efectivo parece ser el grupo III, logrando los grupos II y IV mejoras inferiores al grupo III y similares entre sí.

Tabla 2.4.2.2.-11 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 5.1 : Inflexión de voz en la situación de observación 1ª.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	7.5714	7.8571	7.2857	8.1429	7.7143
Post-trata.	7.0000	9.8571	11.0000	9.8571	9.4286
Media Total	7.2857	8.8571	9.1429	9.0000	8.5714
<u>Desviación típica</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	1.3997	1.3553	1.4846	2.0996	1.5848
Post-trata.	1.4142	1.7261	1.1952	2.0996	1.6088
D.T. Total	1.4070	1.5407	1.3399	2.0996	1.5968

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

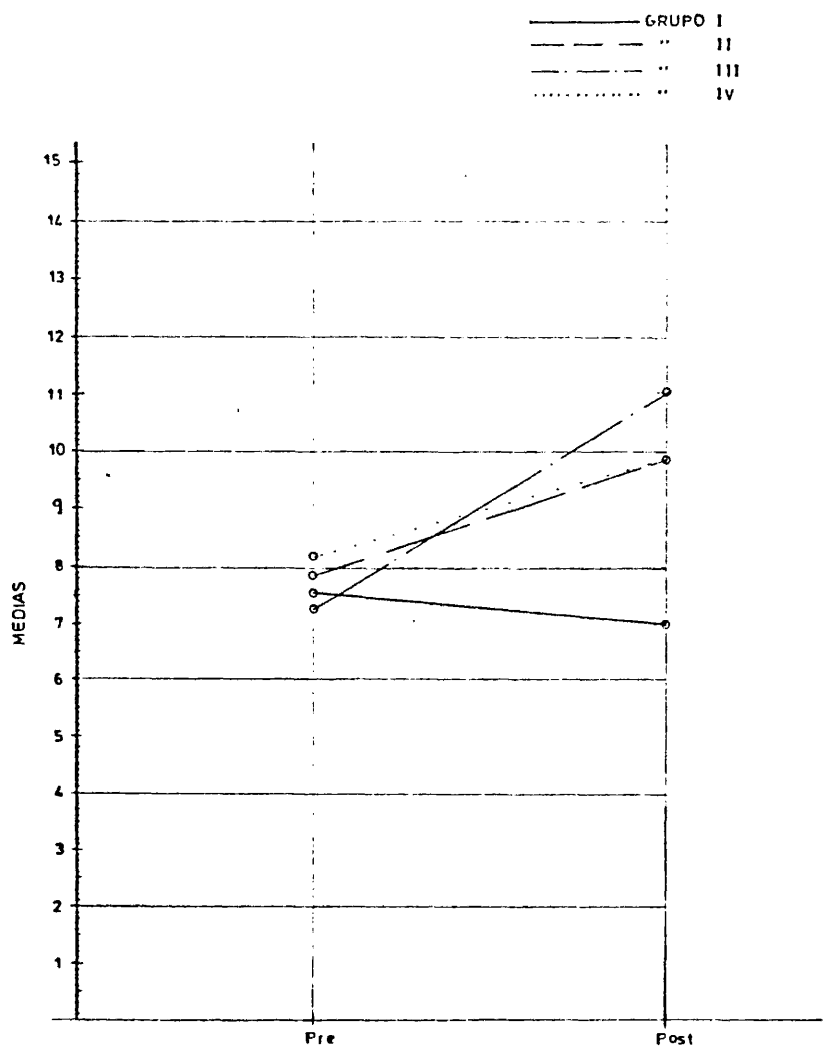


FIG.-14 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-11

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-D. Este análisis muestra diferencias significativas entre los grupos en la evaluación post-entrenamiento.

Para la comprobación de diferencias, entre cada par de grupos, se aplicó la prueba de rangos de U de Mann-Whitney. Los resultados se encuentran en la Tabla 2.4.2.2.-E. Del análisis de los mismos, observamos que aparecen diferencias significativas al comparar el grupo I con todos los demás. También, aparecen diferencias significativas al comparar el grupo III con el IV y casi significativas entre el grupo III y el II. No aparecen diferencias significativas al comparar el grupo II con el IV.

Con el fin de llevar a cabo un análisis más preciso de la evolución de los sujetos a través del tiempo, se aplicó la prueba de Friedman, cuyos resultados se encuentran en la Tabla 2.4.2.2.-F. Este análisis muestra que el factor tiempo no influye significativamente en los resultados obtenidos.

Inflexión de la voz (v.5.)Situación 2ª (v.5.2.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-12. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 15.

En esta figura, se puede observar el cambio experimentado por los cuatro grupos entre el pre-entrenamiento y el post-entrenamiento. Los grupos III (EA + EAI), II --- (EA + TRE) y IV (EA) obtienen mejores resultados, respecto a la consecución de una mayor inflexión de la voz, mientras el grupo I (control) apenas presenta variación. Comparando los tres grupos terapéuticos, el grupo más efectivo resulta ser el grupo III, logrando los grupos II y IV mejores inferiores a él y similares entre sí.

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA paramétrico de un criterio de clasificación, con medidas repetidas. Los datos se muestran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-A. Este análisis muestra diferencias significativas en los tres factores.

Tabla 2.4.2.2.-12 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 5.2 : Inflexión de voz en la situación de observación 2a.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	7.0000	7.5714	7.0000	7.5714	7.2857
Post-trata.	7.2857	11.1429	11.4286	10.7143	10.1429
Media Total	7.1429	9.3571	9.2143	9.1429	8.7143
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	2.1602	1.5119	2.2361	1.6184	1.8228
Post-trata.	1.3801	1.0691	1.2724	1.6036	1.3313
D.T. Total	1.7702	1.2905	1.7542	1.6110	1.5770

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

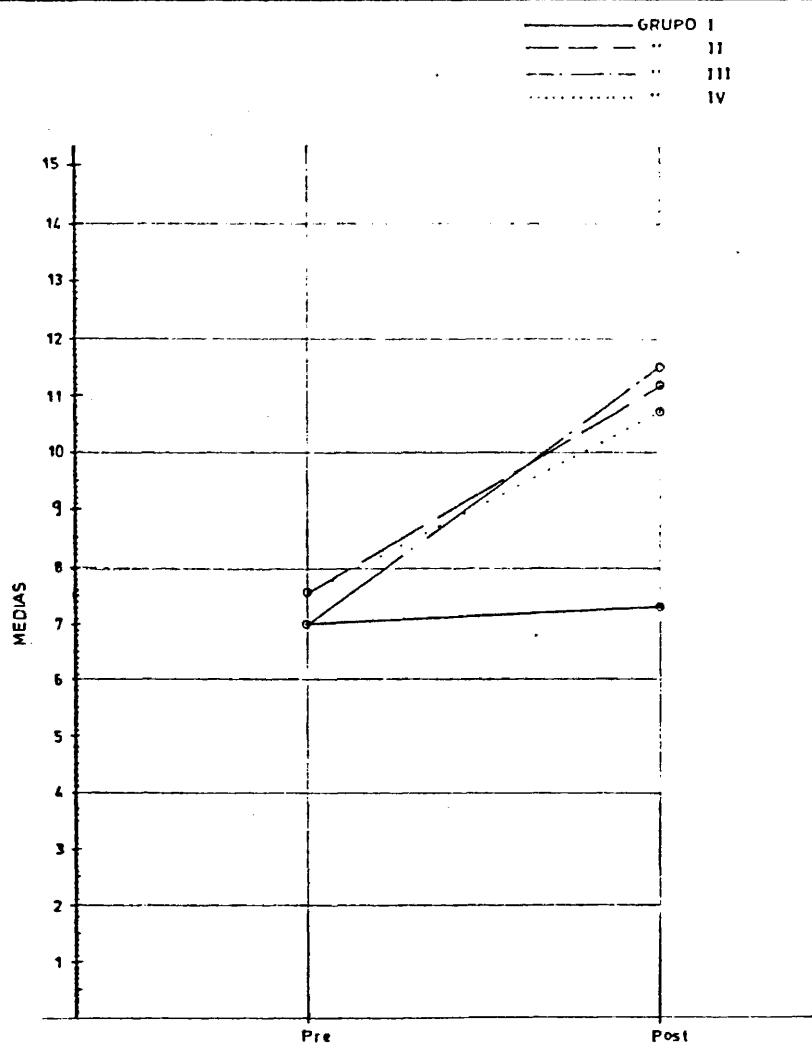


FIG.- 15 Representación Gráfica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-12

Para comprobar las diferencias, entre cada par de medias para el factor independiente, inter-entrenamientos, se aplicó la prueba de Scheffé. Los datos aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-B., muestran diferencias significativas en las comparaciones entre el grupo I y II y casi significativas entre los grupos I - III y I - IV.

Los resultados de la prueba T se muestran en la Tabla 2.4.2.2.-C. Estos indican que, comparando los datos obtenidos en las evaluaciones pre- y post-entrenamiento, aparecen diferencias significativas sólo en los grupos III y IV, no constatándose esta diferencia en el grupo II. Estos resultados nos indican que sólo los procedimientos aplicados en el grupo III y en el grupo IV son eficaces.

Al analizar los datos obtenidos en el post-entrenamiento por los cuatro grupos, observamos que aparecen diferencias significativas al comparar el grupo I con los demás grupos. Además, se encuentran diferencias significativas al comparar el grupo IV con los grupos II y III. No aparecen diferencias significativas, en la comparación de los resultados obtenidos en el post-entrenamiento, entre el grupo II y III.

Inflexión de la voz (v.5.)Situación 3a (v.5.3.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-13. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 16. En esta figura se puede observar el cambio experimentado, por los cuatro grupos, entre el pre-entrenamiento y el post-entrenamiento. Los grupos II (EA + TRE), III (EA + EAI) y IV (EA) obtienen mejores resultados, respecto a la consecución de una mayor inflexión de voz, mientras el grupo I (control) no presenta apenas variación. Comparando los tres grupos terapéuticos, el grupo más efectivo resulta ser el grupo II, logrando -- los grupos III y IV mejoras inferiores a él. Comparando es tos dos últimos grupos, se observa que el grupo III resulta más efectivo que el grupo IV.

El análisis estadístico se efectuó a través de -- un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la -- Tabla 2.4.2.2.-0. Este análisis muestra diferencias significativas, entre los grupos, en la evaluación post-entrenamiento.

Tabla 2.4.2.2.-13 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 5.3 : Inflexión de voz en la situación de observación 3a.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	7.0000	6.4286	7.5714	7.7143	7.1786
Post-trata.	7.7143	12.0000	12.1429	10.7143	10.6429
Media Total	7.3571	9.2143	9.8571	9.2143	8.9107
<u>Desviación típica</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	2.0702	1.0498	2.1285	1.4846	1.6833
Post-trata.	1.1606	.0000	1.6413	1.4846	1.0716
D.T. Total	1.6154	.5249	1.8849	1.4846	1.3775

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

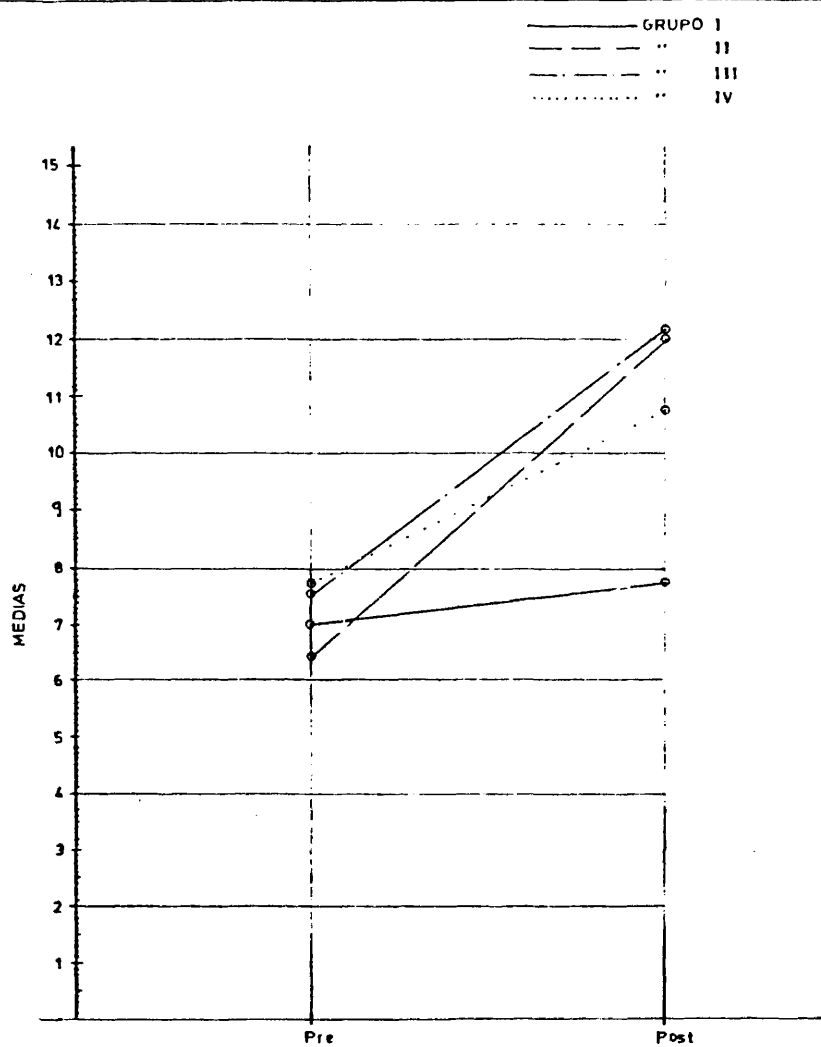


FIG.- 16 Representación Grafica de las Medias
de la Tabla 2.4.2.2.-13

Para la comprobación de las diferencias entre -- cada par de grupos, se aplicó la prueba de rangos de U de Mann-Whitney. Los resultados se encuentran en la Tabla --- 2.4.2.2.-E. Del análisis de los mismos, observamos que aparecen diferencias significativas al comparar el grupo I -- con todos los demás. También, aparecen diferencias significativas al comparar el grupo IV con los grupos II y III. - No aparecen diferencias significativas entre los grupos -- II y III.

Con el fin de llevar a cabo un análisis más preciso de la evolución de los sujetos a través del tiempo, - se aplicó la prueba de Friedman, cuyos resultados se encuentran en la Tabla 2.4.2.2.-F. Este análisis muestra que el factor tiempo no influye significativamente en los resultados obtenidos.

De forma global, respecto a esta variable puede decirse que cualquiera de las tres estrategias de intervención empleadas resultan ser superiores al grupo control, en la adquisición de esta conducta. No obstante, la utilización de procedimientos cognitivos conductuales muestra ser superior al entrenamiento en aserción solo.

Volumen de la voz (v.6.)Situación 1ª (v.6.1.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-14. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 17. En esta figura, se puede observar el cambio experimentado por los cuatro grupos entre el pre-entrenamiento y el post-entrenamiento. Los -- grupos III (EA + EAI), IV (EA) y II (EA + TRE) obtienen mejores resultados, respecto a la consecución del volumen de voz adecuado, mientras el grupo I (control) no presenta -- apenas variación. Comparando los tres grupos terapéuticos, el grupo más efectivo resulta ser el grupo III, logrando -- el grupo I y IV mejoras inferiores a él, aunque éste último obtuvo mejores resultados que el grupo II.

El análisis estadístico se efectuó a través de -- un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la -- Tabla 2.4.2.2.-D. Este análisis muestra diferencias significativas, entre los grupos, en la evaluación post-entrena-- miento.

Tabla 2.4.2.2.-14 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 6.1 : Volumen de voz en la situación de observación 1a.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	5.4286	5.7143	5.1429	5.5714	5.4643
Post-trata.	5.5714	9.8571	14.4286	12.4286	10.5714
Media Total	5.5000	7.7857	9.7857	9.0000	8.0179
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	1.0498	.6999	1.3553	.7284	.9584
Post-trata.	1.5908	4.4538	1.0498	1.0498	2.0361
D.T. Total	1.3203	2.5768	1.2025	.8891	1.4972

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

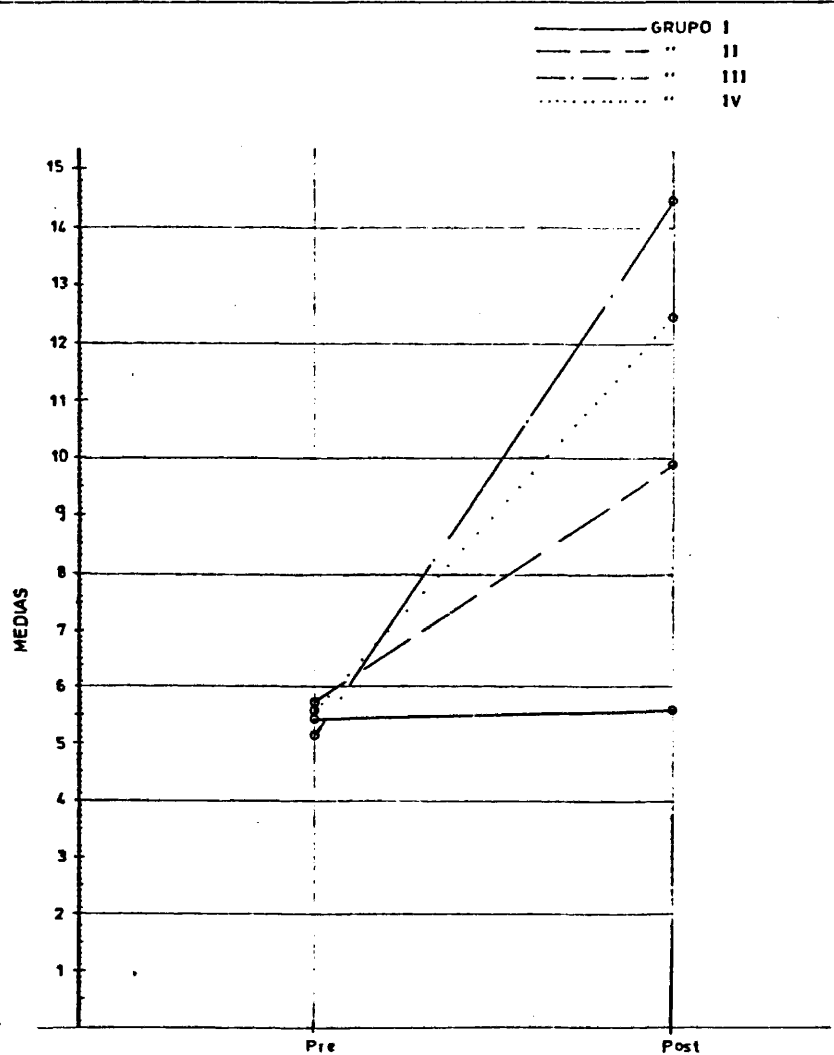


FIG.- 17 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-14

Para la comprobación de diferencias, entre cada par de grupos, se aplicó la prueba de rangos de U de Mann-Whitney. Los resultados se encuentran en la Tabla ----- 2.4.2.2.-E. Del análisis de los mismos, observamos que aparecen diferencias significativas al comparar el grupo I -- con todos los demás. También, se evidencian diferencias -- significativas al comparar el grupo III con los grupos II y IV. No se encuentra significativa la diferencia existente entre los grupos II y IV.

Con el fin de llevar a cabo un análisis más preciso de la evolución de los sujetos a través del tiempo, - se aplicó la prueba de Friedman, cuyos resultados se encuentran en la Tabla 2.4.2.2.-F. Este análisis muestra que el factor tiempo no influye significativamente en ninguno de los resultados de los grupos.

Volumen de la voz (v.6.)Situación 2ª (v.6.2.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-15. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 18. En esta figura se puede observar el cambio experimentado, por los cuatro grupos, en el pre-entrenamiento y en el post-entrenamiento. Los grupos III (EA + EAI), II (EA + TRE) y IV (EA) obtienen mejores resultados, respecto a la consecución del volumen de voz adecuado, mientras el grupo I (control) apenas presenta variación. Comparando los tres grupos terapéuticos, el grupo III resulta ser el más efectivo, logrando los grupos II y IV mejoras inferiores al grupo III y similares entre sí.

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-D. Este análisis muestra diferencias significativas entre los grupos de evaluación post-entrenamiento.

Tabla 2.4.2.2.-15 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 6.2 : Volumen de voz en la situación de observación 2a.</u>				
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Pre-trata.	6.0000	6.0000	5.7143	5.2857
Post-trata.	5.7143	12.4286	14.5714	11.5714
Media Total	5.8571	9.2143	10.1428	8.4286
				8.4107
<u>Desviación típica</u>				
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Pre-trata.	.5345	.0000	1.1606	1.1606
Post-trata.	.8806	3.0170	1.0498	1.9166
D.T. Total	.7076	1.5085	1.1052	1.5386
				1.2150
				D.T. Total
				.7139
				1.7160

Nº de sujetos para todos los grupos .7

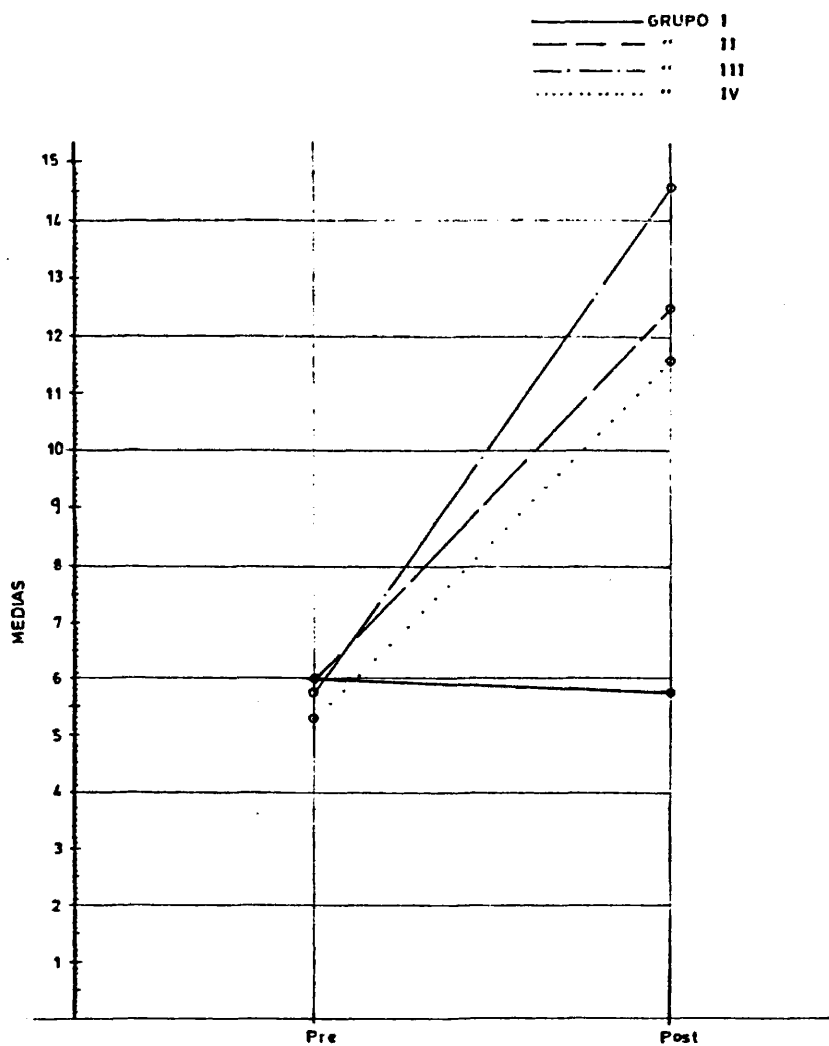


FIG.- 18 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-15

Para la comprobación de diferencias, entre cada par de grupos, se aplicó la prueba de rangos de U de Mann-Whitney. Los resultados se encuentran en la Tabla ---- 2.4.2.2.-E. Del análisis de los mismos, observamos que aparecen diferencias significativas al comparar el grupo I -- con todos los demás grupos. También, se encuentran diferencias significativas al comparar el grupo III con los grupos II y IV, no encontrándose diferencias significativas -- entre éstos dos últimos.

Con el fin de llevar a cabo un análisis más preciso de la evolución de los sujetos a través del tiempo, -- se aplicó la prueba de Friedman, cuyos resultados se encuentran en la Tabla 2.4.2.2.-F. Este análisis muestra que el factor tiempo no influye significativamente en los resultados de ninguno de los grupos.

Volumen de la voz (v.6)Situación 3ª (v.6.3.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-16. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 19. En esta figura se puede observar el cambio experimentado, por los cuatro grupos, - entre el pre-entrenamiento y el post-entrenamiento. Los -- grupos III (EA + EAI), II (EA + TRE) y IV (EA) obtienen mejores resultados, respecto a la consecución del volumen de voz adecuado, mientras el grupo I (control) apenas presenta variación. Comparando los tres grupos terapéuticos, el grupo III resulta ser el más efectivo, logrando los grupos II y IV mejoras inferiores al grupo III, pero similares entre sí.

El análisis estadístico se efectuó a través de - un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la -- Tabla 2.4.2.2.-D. Este análisis muestra diferencias significativas, entre los grupos, en la evaluación post-entrenamiento.

Tabla 2.4.2.2.-16 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 6.3 : Volumen de voz en la situación de observación 3a.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	6.0000	5.1429	6.1429	5.5714	5.7143
Post-trata.	6.1429	13.2857	14.5714	12.5714	11.6429
Media Total	6.0714	9.2143	10.3571	9.0714	8.6786
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	.0000	1.3553	.3499	1.0498	.6888
Post-trata.	.3499	1.9795	1.0498	1.9166	1.3240
D.T. Total	.1750	1.6674	.6998	1.4832	1.0064

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

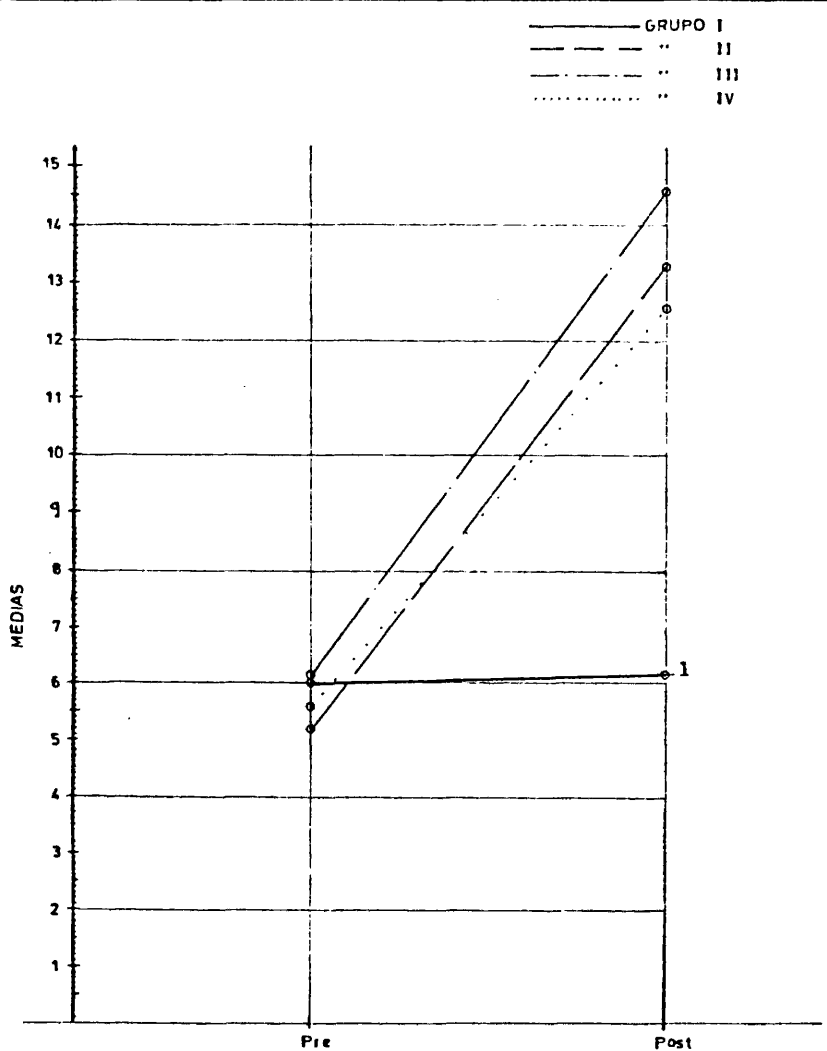


FIG.- 19 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-16

Para la comprobación de diferencias, entre cada par de grupos, se aplicó la prueba de rangos de U de Mann-Whitney. Los resultados se encuentran en la Tabla ----- 2.4.2.2.-E. Del análisis de esta tabla, observamos que --- aparecen diferencias significativas al comparar el grupo I con todos los demás grupos. Además, se evidencia diferencias significativas al comparar el grupo III con los grupos II y IV, no encontrándose diferencias significativas entre estos dos últimos grupos.

Con el fin de llevar a cabo un análisis más preciso de la evaluación de los sujetos a través del tiempo, se aplicó la prueba de Friedman, cuyos resultados se encuentran en la Tabla 2.4.2.2.-F. Este análisis muestra que el factor tiempo no influye significativamente en los resultados de ninguno de los grupos.

De forma global, respecto a esta variable puede decirse que cualquiera de las tres estrategias de intervención empleadas resultan ser superiores al grupo control, - en la adquisición de esta conducta. No obstante, la combinación del Entrenamiento en Aserción más el Entrenamiento en Auto-Instrucciones resulta ser superior al Entrenamiento en Aserción solo y a la combinación de éste con la Terapia Racional Emotiva, no encontrándose diferencias significativas entre estos dos últimos procedimientos.

Uso de las manos (v.7.)Situación 1a (v.7.1.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-17. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 2o. En esta figura se puede observar el cambio experimentado, por los cuatro grupos, entre el pre-entrenamiento y el post-entrenamiento. Los grupos III (EA + EAI), IV (EA) y II (EA + TRL) obtienen mejores resultados, respecto a la consecución del uso adecuado de las manos, mientras el grupo I (control) apenas presenta variación. Comparando los tres grupos terapéuticos, el grupo III resulta ser más efectivo, logrando los grupos II y IV mejoras inferiores a él. Comparando el grupo II con el IV parece ser que éste último es algo más efectivo que el II.

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA paramétrico de un criterio de clasificación, con medidas repetidas. Los datos se muestran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-A. Este análisis muestra diferencias significativas solamente en los factores intra-entrenamiento (momentos pre y post) e interacción. No aparecen diferencias significativas en el factor independiente, inter-entrenamiento.

Tabla 2.4.2.2.-17 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 7.1 : Uso de las manos en la situación de observación 1ª.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	5.7143	6.1429	5.1429	5.7143	5.6786
Post-trata.	5.7143	9.5714	10.5714	9.8571	8.9286
Media Total	5.7143	7.8571	7.8571	7.7857	7.3036
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	2.4300	2.2678	2.2678	2.7516	2.3262
Post-trata.	2.6277	2.5071	1.5119	2.3401	2.2467
D.T. Total	2.5289	2.3875	1.8898	2.5459	2.2865

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

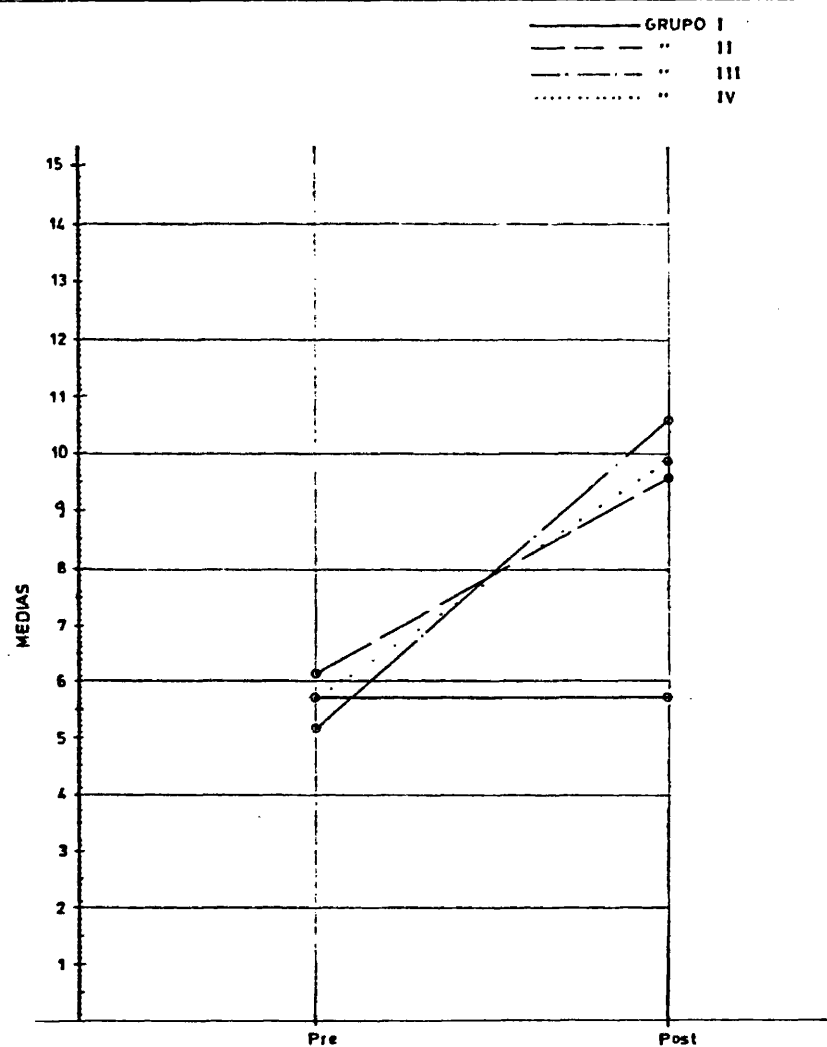


FIG.- 20 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-17

Para analizar el factor interacción se utilizó la prueba T. Los resultados de esta prueba se muestran en la Tabla 2.4.2.2.-C. Estos indican que, comparando los datos obtenidos en las evaluaciones pre- y post-entrenamiento, aparecen diferencias significativas en todos los grupos, excepto en el grupo I (control). Estos resultados nos indican que los tres procedimientos aplicados son efectivos.

Al analizar los datos obtenidos en el post-entrenamiento, observamos que aparecen diferencias significativas cuando se compara el grupo I con todos los demás grupos. Además, se evidencian diferencias significativas al comparar el grupo IV con los grupos II y III. No aparecen diferencias significativas entre los grupos II y III.

Uso de las manos (v.7.)Situación 3a (v.7.3.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-18. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 21. En esta figura se puede observar el cambio experimentado, por los cuatro grupos, entre el pre-entrenamiento y el post-entrenamiento. Los grupos II (EA + TRE), III (EA + EAI) y IV (EA) obtienen mejores resultados, respecto a la consecución del uso adecuado de las manos, mientras el grupo I (control) apenas presenta variación. Comparando los tres grupos terapéuticos, el grupo III resulta ser más efectivo que los grupos IV y II, aunque éste último obtiene mejores resultados que el grupo IV.

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA paramétrico de un criterio de clasificación, con medidas repetidas. Los datos se muestran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-A. Este análisis muestra diferencias significativas en los tres factores.

Para analizar el factor independiente, entrenamiento, se aplicó la prueba de Scheffé. Estos datos se encuentran en la Tabla 2.4.2.2.-B. y muestran diferencias significativas solamente en la comparación del grupo I con el IV.

Tabla 2.4.2.2.-18: Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

Variable 7.3 : Uso de las manos en la situación de observación 3ª.					
<u>Media</u>		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Pre-trata,		6.0000	5.1429	6.0000	7.7143
Post-trata.		6.0000	11.7143	11.1429	10.7143
Media Total		6.0000	8.4286	8.5714	9.2143
	Media Total				8.0536
<u>Desviación típica</u>					
		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Pre-trata.		3.4641	2.8536	1.4321	1.6036
Post-trata.		2.0000	1.2536	2.1157	1.6036
D.T. Total		2.7321	2.0536	1.9239	1.6036
	D.T. Total				2.1580

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

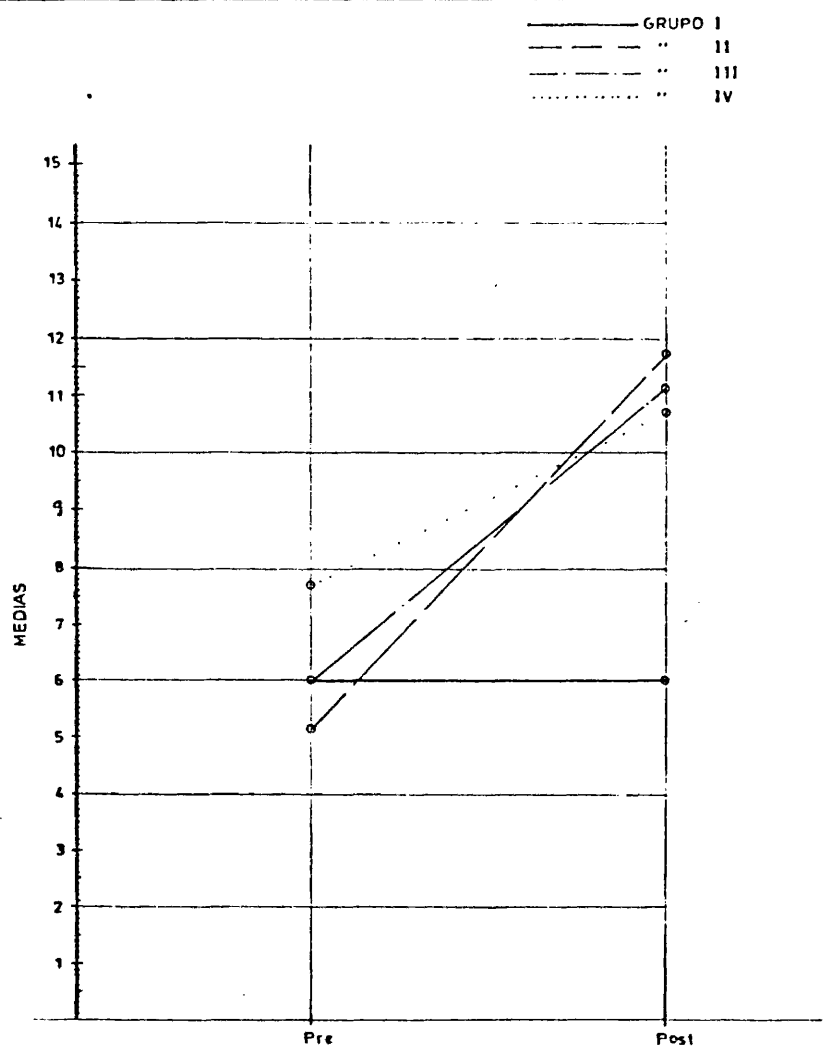


FIG.- 21 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-18

Para analizar el factor interacción se utilizó la prueba T. Los resultados de esta prueba aparecen resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-C. Estos indican que, al comparar los datos obtenidos en la evaluación pre-entrenamiento --- con los obtenidos en la post-entrenamiento, aparecen diferencias significativas en todos los grupos, excepto en el grupo I (control). Estos resultados nos indican que, los tres procedimientos empleados, son efectivos, para la consecución del uso adecuado de las manos en una situación -- asertiva.

Al analizar los datos obtenidos en el post-entrenamiento, observamos que aparecen diferencias cuando se -- compara el grupo I con los demás grupos. Además, aparecen diferencias significativas al comparar el grupo II con los grupos III y IV. No aparecen diferencias significativas en la comparación del grupo III con el grupo IV.

De forma global, respecto a esta variable puede decirse que cualquiera de las tres estrategias de inter---vención empleadas resultan ser superiores al grupo control, en la adquisición de esta conducta. No obstante, la utilización de procedimientos cognitivos conductuales muestra -- ser superior al Entrenamiento en Aserción solo y que la -- combinación de Entrenamiento en Aserción más Terapia Racional Emotiva ofrece mejores resultados que el Entrenamiento en Aserción más Entrenamiento en Auto-Instrucciones.

Expresividad de la cara (v.8)

Situación 1ª (v.8.1.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-19. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 22. En esta figura se puede observar el cambio que experimentan los cuatro grupos entre el pre-entrenamiento y el post-entrenamiento. Los grupos III (EA + EAI), IV (EA) y II (EA + TRE) obtienen mejores resultados, respecto a la consecución de la expresividad adecuada, mientras el grupo I (control) presenta una ligera variación en el sentido contrario deseado. Comparando los tres grupos terapéuticos, el grupo III resulta ser más efectivo que los grupos IV y II. En la comparación, de estos dos últimos grupos parece ser más efectivo el grupo IV que el II.

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-D. Este análisis muestra diferencias significativas entre los grupos en la evaluación post-entrenamiento.

Tabla 2.4.2.2.-19: Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 8.1 : Expresividad de la cara en la situación de observación la.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	7.8571	8.0000	6.8571	6.8571	7.3929
Post-trata.	7.2857	8.8571	11.5714	9.4286	9.2857
Media Total	7.5714	8.4286	9.2143	8.1429	8.3393
<u>Desviación típica</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	2.8536	2.4495	2.6419	2.2678	2.5532
Post-trata.	1.9761	1.7728	1.7612	1.1339	1.6610
D.T. Total	2.4148	2.1112	2.2015	1.7008	2.1071

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

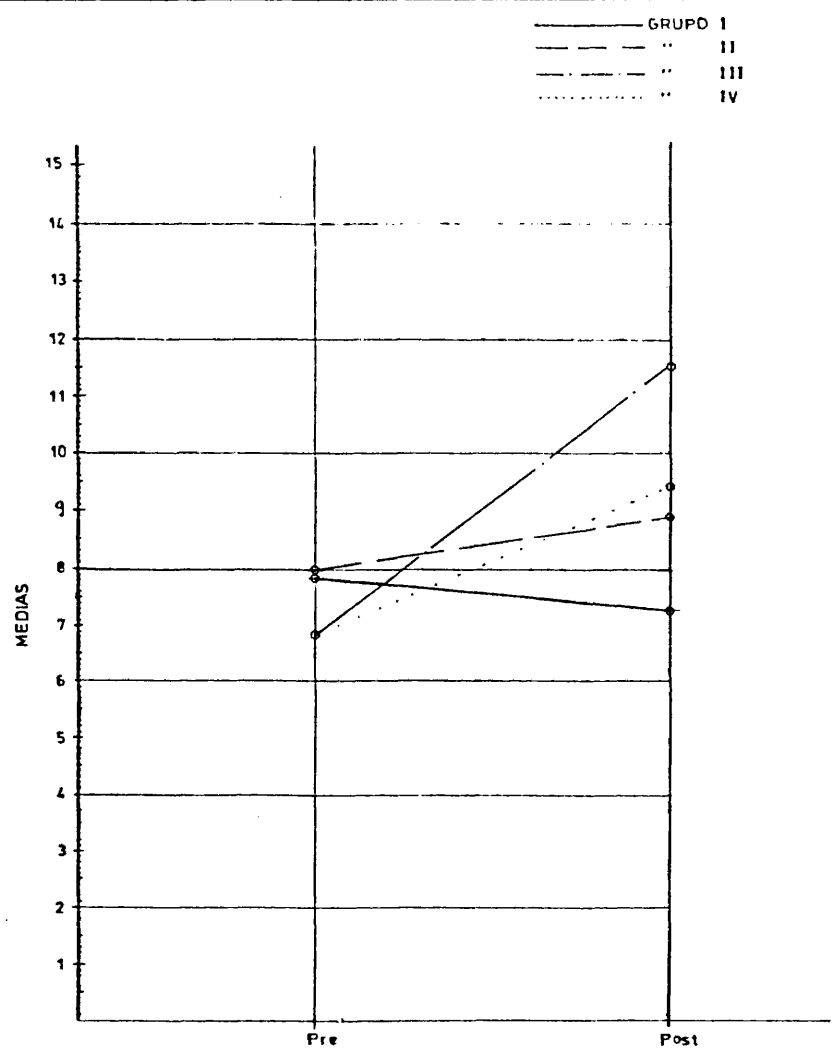


FIG.- 22 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-19

Para la comprobación de diferencias, entre cada par de grupos, se aplicó la prueba de rangos de U de Mann-Whitney. Los resultados se encuentran en la Tabla -----
2.4.2.2.-E. Del análisis de esta tabla, observamos que aparecen diferencias significativas al comparar el grupo I -- con los grupos III y IV y está muy cercana a la significación la comparación con el grupo II. Además, aparecen diferencias significativas al comparar el grupo III con los -- grupos II y IV. No se evidencian diferencias significativas entre estos dos últimos grupos.

Con el fin de poder llevar a cabo un análisis -- más preciso de la evolución de los sujetos a través del -- tiempo, se aplicó la prueba de Friedman, cuyos resultados -- se encuentran en la Tabla 2.4.2.2.-F. Este análisis muestra que el factor tiempo no influye significativamente en los resultados obtenidos.

Expresividad de la cara (v.8.)Situación 2ª (v.8.2.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-2o. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 23. En esta figura puede observarse el cambio experimentado por los cuatro grupos entre el pre-entrenamiento y el post-entrenamiento. Los grupos III (EA + EAI), II (EA + TRE) y IV (EA) obtienen mejores resultados, respecto a la consecución de expresividad de la cara, mientras el grupo I presenta resultados inferiores. Comparando los tres procedimientos terapéuticos, resulta ser más efectivo el grupo III, logrando los grupos III y IV mejoras inferiores al grupo III y similares entre sí.

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA paramétrico de un criterio de clasificación, con medidas repetidas. Los datos se muestran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-A. Este análisis muestra diferencias significativas para los tres factores.

Tabla 2.4.2.2.-20: Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

Variable 8.2 : Expresividad de la cara en la situación de observación 2a.					
<u>Media</u>					Media Total
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	
Pre-trata.	7.0000	8.7143	8.1429	7.7143	7.8929
Post-trata.	8.0000	11.0000	11.8571	9.8571	10.1719
Media Total	7.5000	9.8571	10.0000	8.7857	9.0357
<u>Desviación típica</u>					D.T. Total
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	
Pre-trata.	2.3805	1.2536	2.3401	1.7043	1.9690
Post-trata.	1.9149	1.5275	1.7728	1.4638	1.6698
D.T. Total	2.1477	1.3905	2.0565	1.5841	1.8194

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

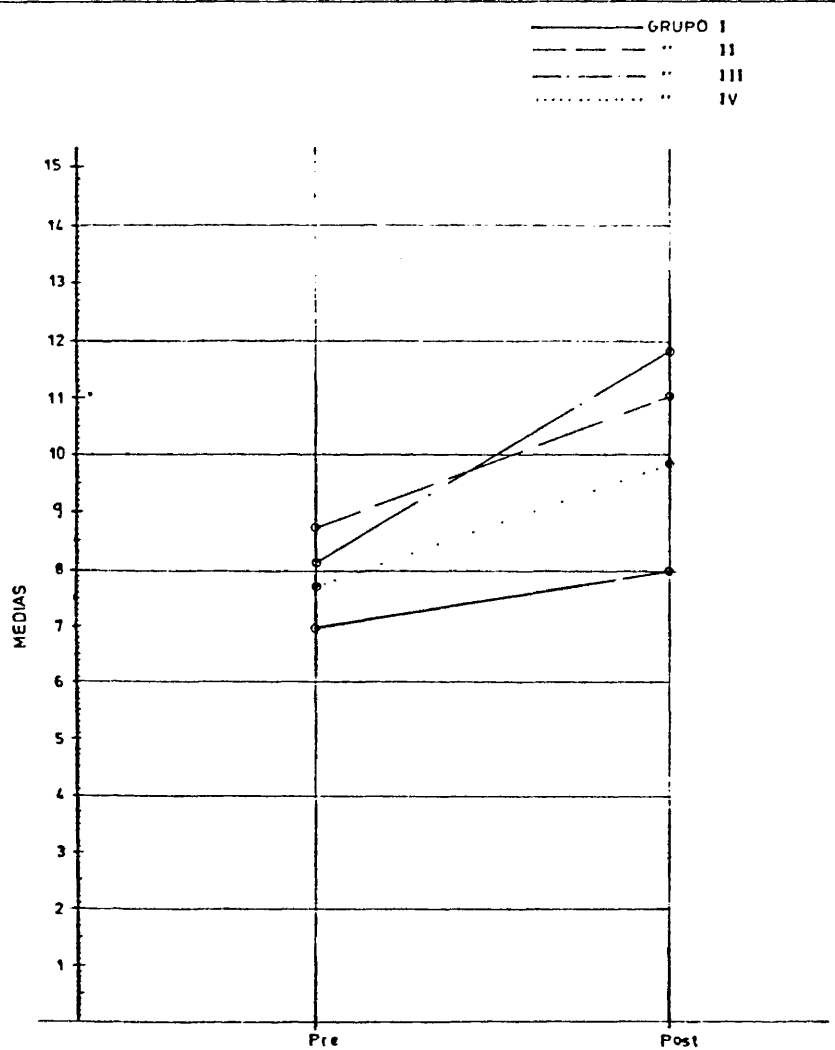


FIG.-23 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-20

Para analizar el factor independiente, entrena--
mientos, se aplicó la prueba de Scheffé. Estos datos se en
cuentran en la Tabla 2.4.2.2.-B. y muestran que no existen
diferencias significativas en ningún tipo de comparación.
Las comparaciones que más se acercan al estadístico críti-
co elegido son las realizadas entre los grupos I - II y --
I - III.

Para analizar el factor interacción, se utilizó
la prueba T. Los resultados se muestran en la Tabla -----
2.4.2.2.-C. Estos indican que las comparaciones entre el -
pre-entrenamiento y el post-entrenamiento, para todos los
grupos, son significativas.

Al analizar los datos obtenidos en el post-entre-
namiento, observamos que aparecen diferencias significati-
vas en las comparaciones establecidas en todos los grupos.

Expresividad de la cara (v.8.)Situación 3a (v.8.3.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) se encuentran en la Tabla ----- 2.4.2.2.-21. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 24. En esta figura puede observarse el cambio experimentado, por los cuatro - grupos, entre el pre-entrenamiento y el post-entrenamien-- to. Los grupos II (EA + TRE), III (EA + EAI) y IV (EA) ob-- tienen mejores resultados, respecto a la consecución de ex-- presividad de la cara, mientras el grupo I (control) pre-- senta resultados inferiores. Comparando los tres procedi-- mientos terapéuticos, resulta ser más efectivo el grupo -- II, logrando los grupos III y IV mejoras inferiores al gru-- po II. En la comparación de estos dos últimos grupos, el - grupo III parece ser más eficaz que el grupo IV.

El análisis estadístico se efectuó a través de - un análisis de varianza paramétrico de un criterio de - clasificación, con medidas repetidas. Los datos se -- muestran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-A. Este análisis - muestra diferencias significativas para los tres factores.

Tabla 2.4.2.2.-21: Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

Variable 8.3 : Expresividad de la cara en la situación de observación 3a.					
<u>Media</u>		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Pre-trata.		6.7143	7.1429	8.5714	8.2857
Post-trata.		7.8571	12.2857	12.4286	9.8571
Media Total		7.2857	9.7143	10.5000	9.0714
	Media Total				9.1429
<u>Desviación típica</u>					
		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Pre-trata.		3.0394	3.1848	2.6992	1.2536
Post-trata.		2.0354	1.2536	1.9024	1.4639
D.T. Total		2.5374	2.2192	2.3008	1.3587
	D.T. Total				2.1446

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

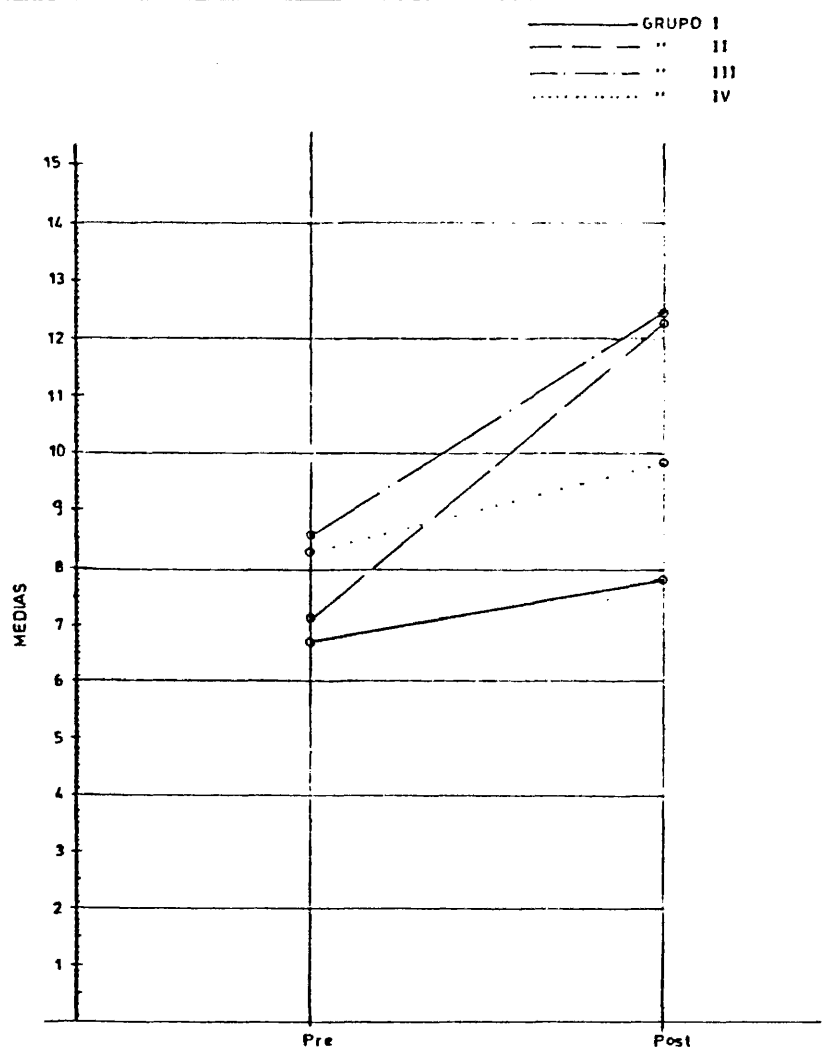


FIG.- 24 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-21

Para analizar el factor independiente, entrenamientos, se aplicó la prueba de Scheffé. Estos datos se muestran en la Tabla 2.4.2.2.-B. y arrojan diferencias significativas en la comparación de los grupos I y III. La comparación entre los grupos I y II se encuentra muy cercana al estadístico crítico elegido.

Para analizar el factor interacción se utilizó la prueba T. Los resultados se muestran en la Tabla 2.4.2.2.-C. Estos evidencian que, las comparaciones entre los pre-entrenamientos y post-entrenamientos en los diversos grupos, son significativas para todos, excepto para el grupo IV.

Al analizar los datos obtenidos en los post-entrenamientos, se observa que las diversas comparaciones entre los grupos son todas ellas significativas.

De forma global, respecto a esta variable puede decirse que cualquiera de las tres estrategias de intervención empleadas resultan ser superiores al grupo control, en la adquisición de esta conducta. No obstante, la utilización de procedimientos cognitivos conductuales muestra ser superior al Entrenamiento en Aserción solo y la combinación del Entrenamiento en Aserción con el Entrenamiento en Auto-Instrucciones ofrece mejores resultados que la combinación del Entrenamiento en Aserción con la Terapia Racional Emotiva.

Se tapa la boca con la mano (v.9.)

Situación 1a (v.9.1.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-22. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 25. En esta figura se puede observar el cambio que experimentan los cuatro grupos -- entre el pre-entrenamiento y el post-entrenamiento. Los -- grupos III (EA + EAI), IV (EA) y II (EA + TRE) obtienen mejores resultados, respecto a la eliminación de la conducta de taparse la boca con la mano, mientras el grupo I (control) no presenta apenas variación. Comparando los tres -- grupos terapéuticos, el grupo IV resulta ser más efectivo que los grupos III y IV. Comparando estos dos últimos, parece ser más efectivo el grupo III que el grupo II.

El análisis estadístico se efectuó a través de -- un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de -- Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-0. Este análisis muestra que no existen diferencias significativas, entre los grupos, en la evaluación post-entrenamiento.

Tabla 2.4.2.2.-22 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 9.1 : Se tapa la boca con la mano en la situación de observación la.</u>					
<u>Media</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	3.0000	4.2857	5.1429	6.0000	4.6071
Post-trata.	3.0000	3.1429	3.0000	3.4286	3.1429
Media Total	3.0000	3.7143	4.0714	4.7143	3.8750
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	.0000	2.1853	3.0905	4.8107	2.5216
Post-trata.	.0000	.3499	.0000	1.0498	.3499
D.T. Total	.0000	1.2676	1.5452	2.9303	1.4357

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

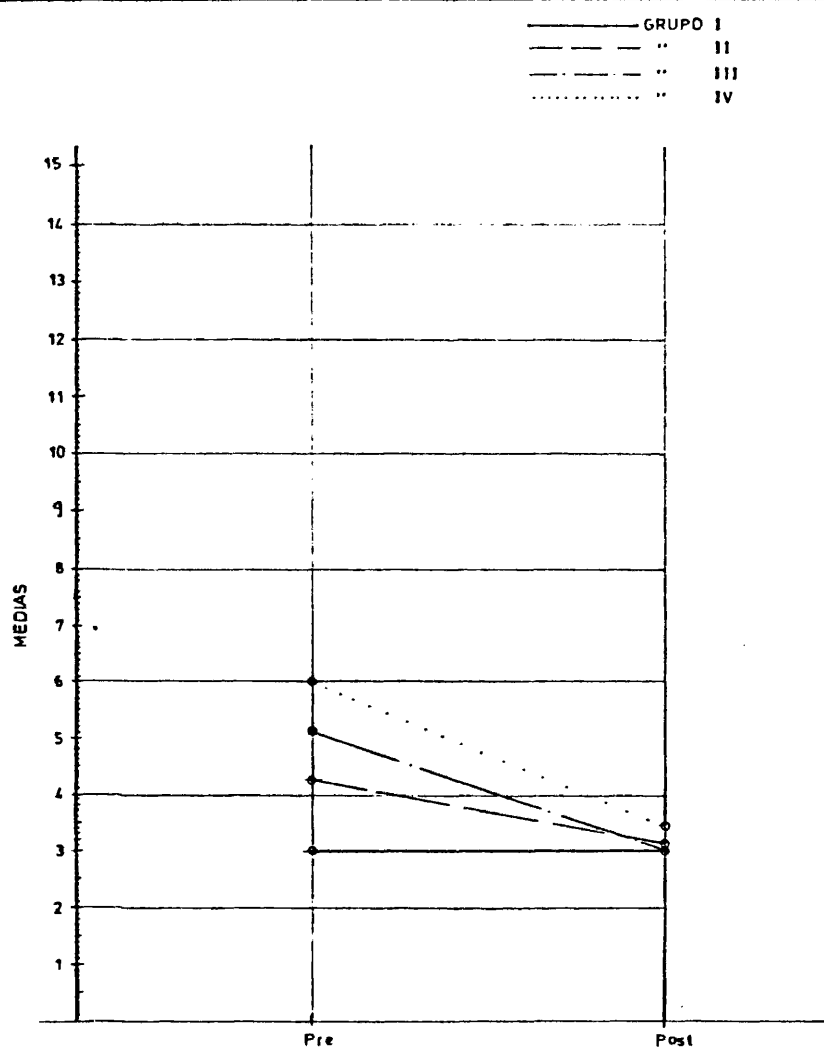


FIG.- 25 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-22

Con el fin de poder llevar a cabo un análisis -- más preciso de la evolución de los sujetos a través del -- tiempo, se aplicó la prueba de Friedman, cuyos resultados se encuentran en la Tabla 2.4.2.2.-F. Este análisis muestra que el factor tiempo no influye significativamente en los resultados obtenidos.

Se tapa la boca con la mano (v.9.)

Situación 2ª (v.9.2.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-23. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 26. En esta figura se puede observar el cambio que experimentan los cuatro grupos entre el pre- y post-entrenamiento. Los grupos IV (EA), III (EA + EAI) y II (EA + TRE) obtienen mejores resultados, -- respecto a la eliminación de la conducta de taparse la boca con la mano, mientras el grupo I (control) no presenta apenas variación. Comparando los tres grupos terapéuticos, se observa que apenas hay diferencias entre los logros conseguidos por cada uno de ellos. Quizás se pueda apreciar -- una ligera superioridad en el grupo II.

Tabla 2.4.2.2.-23 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

Variable 9.2 : Se tapa la boca con la mano en la situación de observación 2ª.					
<u>Media</u>		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Pre-trata.		3.5714	3.7143	3.8571	4.7143
Post-trata.		3.5714	3.0000	3.0000	3.4286
Media Total		3.5714	3.3571	3.4286	4.0714
	Media Total				3.6071
<u>Desviación típica</u>					
		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Pre-trata.		1.0498	1.1606	1.3553	4.1991
Post-trata.		1.0498	.0000	.0000	1.0498
D.T. Total		1.0498	.5803	.6776	2.6244
	D.T. Total				1.4756

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

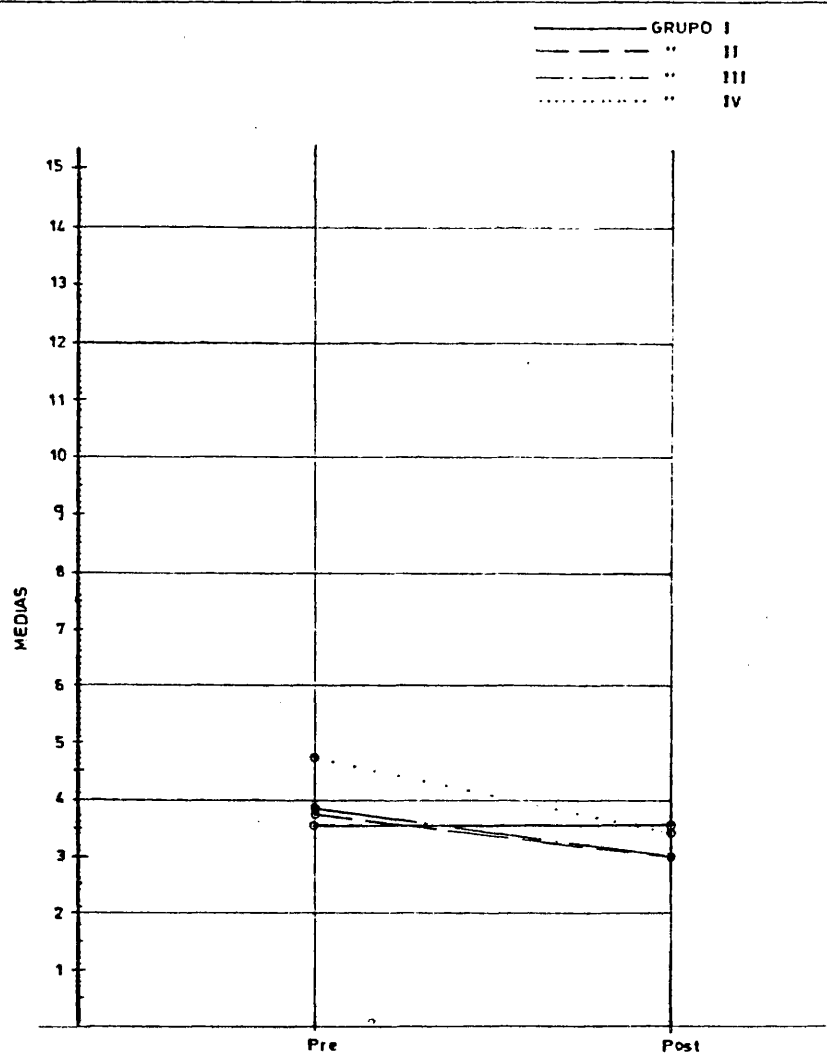


FIG.- 26 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-23

El análisis estadístico se efectuó a través de - un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la -- Tabla 2.4.2.2.-D. Este análisis muestra que no existen diferencias significativas entre los grupos en la evaluación post-entrenamiento.

Con el fin de llevar a cabo un análisis más preciso de la evolución de los sujetos a través del tiempo, - se aplicó la prueba de Friedman, cuyos resultados se en---cuentran en la Tabla 2.4.2.2.-F. Este análisis muestra que el factor tiempo no influye significativamente en los re--sultados obtenidos.

Se tapa la boca con la mano (v.9.)

Situación 3a (v.9.3.):

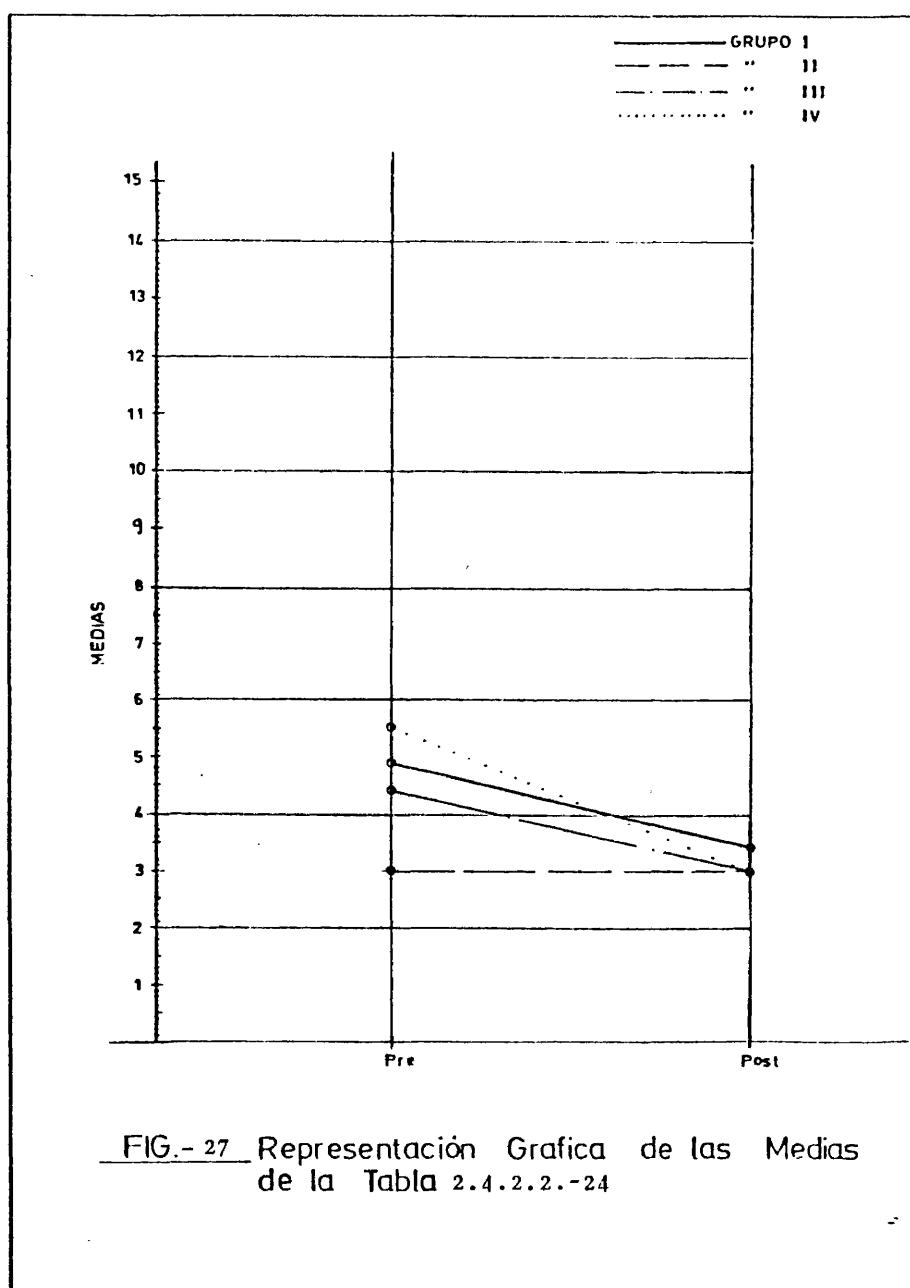
Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-24. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 27. En esta figura se puede observar el cambio que experimentan los cuatro grupos entre el pre- post-entrenamiento. Los grupos IV (EA), III -- (EA + EAI) y II (EA + TRE) obtienen mejores resultados, -- respecto a la eliminación de la conducta de taparse la boca con la mano, mientras que el grupo I (control) apenas -- presenta variación. Comparando los tres grupos terapéuti-- cos, se observa que el grupo II resulta ser más efectivo -- que los grupos II y III y que éstos apenas presentan di-- ferencias.

El análisis estadístico se efectuó a través de -- un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la -- Tabla 2.4.2.2.-D. Este análisis muestra diferencias signi-- ficativas entre los grupos en la evaluación post-entrena-- miento.

Tabla 2.4.2.2.-24 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

Variable 9.3 : Se tapa la boca con la mano en la situación de observación 3a.					
<u>Media</u>		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
	Media Total				
Pre-trata.		4.8571	3.0000	4.4286	5.5714
Post-trata.		3.4286	3.0000	3.0000	3.0000
Media Total		4.1428	3.0000	3.7143	4.2857
					3.7857
<u>Desviación típica</u>		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
	D.T. Total				
Pre-trata.		3.2262	.0000	3.1102	4.0658
Post-trata.		.7284	.0000	.0000	.0000
D.T. Total		1.9773	.0000	1.5551	2.0329
					1.3913

Nº de sujetos para todos los grupos : 7



Para la comprobación de diferencias, entre cada par de grupos, se aplicó la prueba de rangos de U de Mann-Whitney. Los resultados se encuentran en la Tabla -----
2.4.2.2.-E. Del análisis de esta tabla, observamos que aparecen diferencias significativas al comparar el grupo I -- con todos los demás grupos. Sin embargo, no se evidencian diferencias significativas, en la comparación de los diferentes grupos terapéuticos, en la evaluación post-entrenamiento.

Con el fin de poder llevar a cabo un análisis más preciso de la evolución de los sujetos a través del tiempo, se aplicó la prueba de Friedman, cuyos resultados se encuentran en la Tabla 2.4.2.2.-F. Estos muestran que el factor tiempo no influye significativamente en los resultados obtenidos.

De forma global, respecto a esta variable puede decirse que sólo aparecen cambios reseñables en el grupo IV (EA), no produciéndose modificaciones sustanciales en los demás grupos.

Se toca el pelo con la mano (v.lo)

Situación 1a (v.lo.1.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla ----- 2.4.2.2.-25. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 28. En esta figura se puede observar el cambio experimentado por los cuatro grupos entre el pre- y post-entrenamiento. Los grupos IV (EA) y II (EA + TRE) coinciden en las puntuaciones medias, tanto en el pre- como en el post-entrenamiento, por lo que sólo se representa uno de ellos (grupo II). No se observaron cambios reseñables en ningún grupo experimental, apreciándose ligeras variaciones en el grupo control.

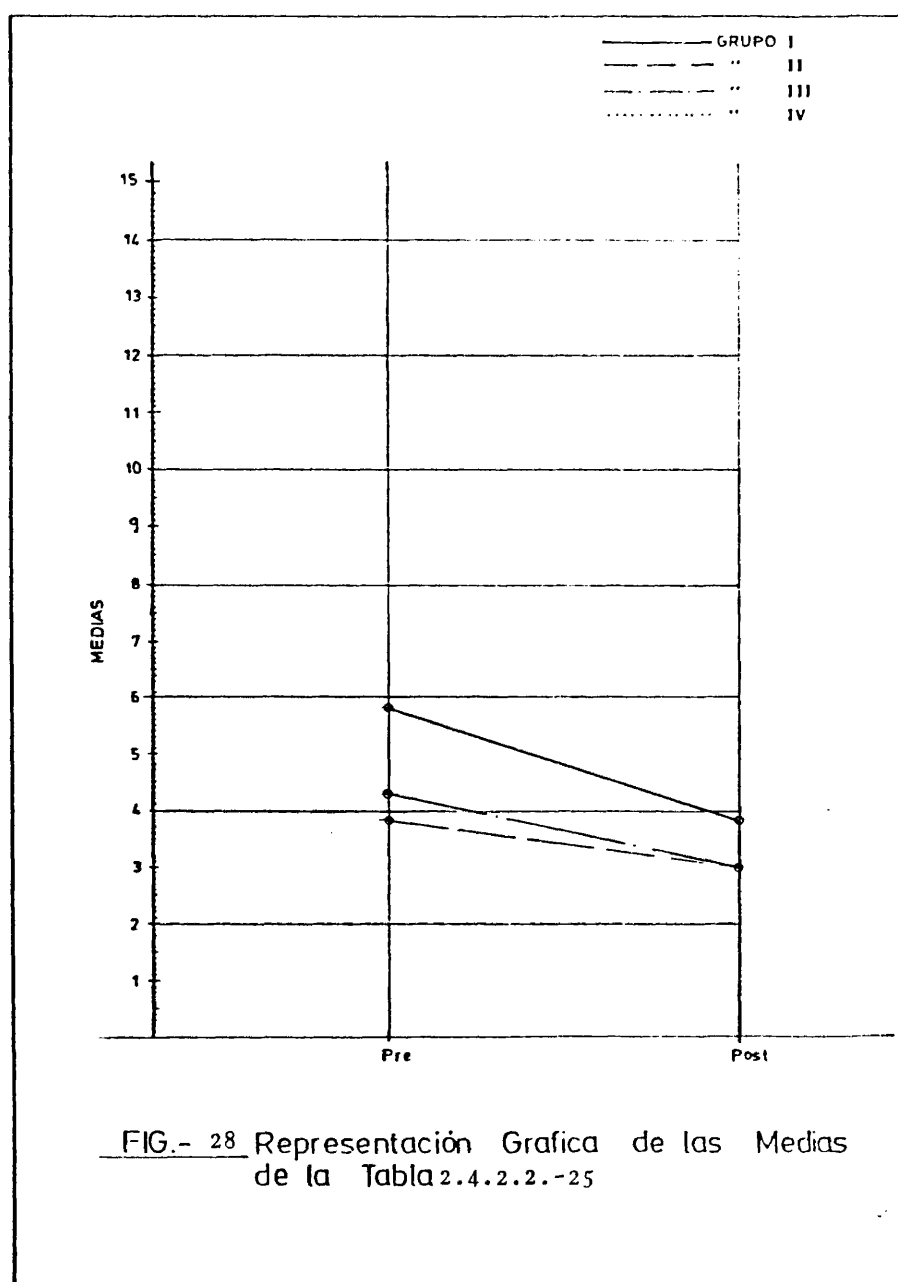
El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-D. Este análisis no muestra cambios significativos, en ninguno de los grupos, en la evaluación post-entrenamiento.

Tampoco aparecen resultados significativos al aplicar la prueba de Friedman (Tabla 2.4.2.2.-F.).

Tabla 2.4.2.2.-25 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 10.1 : Se toca el pelo con la mano en la situación de observación 1ª.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	5.8571	3.8571	4.2857	3.8571	4.4643
Post-trata.	3.8571	3.0000	3.0000	3.0000	3.2143
Media Total	4.8571	3.4286	3.6429	3.4285	3.8393
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	3.2262	1.7261	2.1853	2.0996	2.3093
Post-trata.	2.0996	.0000	.0000	.0000	.5249
D.T. Total	2.6629	.8631	1.0926	1.0498	1.4171

Nº de sujetos para todos los grupos : 7



Se toca el pelo con la mano (v.lo.)

Situación 2ª (v.lo.2.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-26. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la figura 29. En esta figura se puede observar el cambio experimentado por los cuatro grupos entre el pre- y el post-entrenamiento. No se observan --- cambios reseñables en ninguno de los cuatro grupos.

El análisis estadístico se efectuó a través de - un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-D. Este análisis no muestra cambios significativos en ninguno de los cuatro grupos.

Tampoco aparecen resultados significativos al -- aplicar la prueba de Friedman (Tabla 2.4.2.2.-F.).

Tabla 2.4.2.2.-26 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

Variable 10.2 : Se toca el pelo con la mano en la situación de observación 2a.					
<u>Media</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	5.5714	3.7143	3.4286	3.8571	4.1429
Post-trata.	4.4286	3.0000	3.4286	3.0000	3.4643
Media Total	5.0000	3.3571	3.4286	3.4285	3.8036
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	4.0658	1.7496	1.0498	1.3553	2.0551
Post-trata.	2.4990	.0000	1.0498	.0000	.8872
D.T. Total	3.2824	.8748	1.0498	.6776	1.4711

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

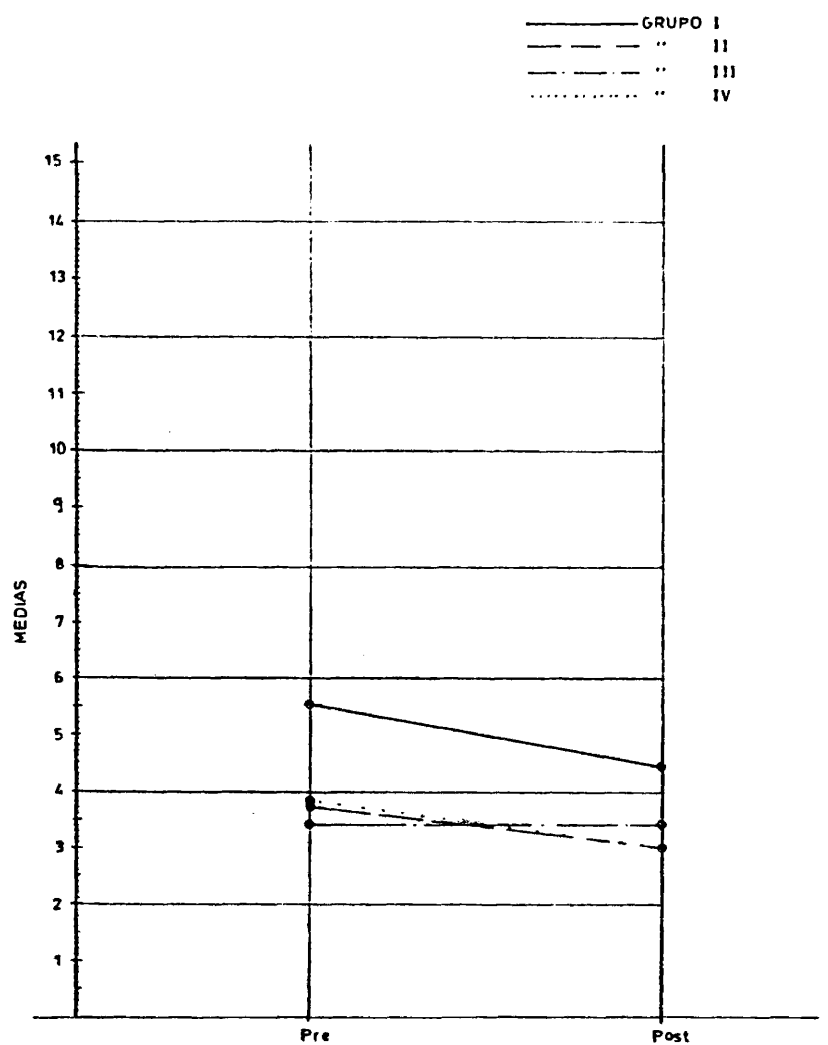


FIG.- 29 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-26

Se toca el pelo con la mano (v.lo.)

Situación 3ª (v.lo.3):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-27. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 30. En esta figura se puede observar que los grupos experimentales coinciden en los valores de sus medias, tanto en el pre- como en el post-entrenamiento, por lo que sólo se representa uno de ellos -- (grupo III). No se observa cambios reseñables en ninguno de los cuatro grupos.

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-D. Este análisis muestra diferencias significativas, entre los grupos, en la evaluación post-entrenamiento.

Para la comprobación de las diferencias entre cada par de grupos, se aplicó la prueba de rangos de U de Mann-Whitney. Los resultados se encuentran en la Tabla 2.4.2.2.-E. Del análisis de esta tabla, observamos que aparecen diferencias significativas al comparar el grupo I con todos los demás grupos. Sin embargo, no aparecen diferencias significativas en la comparación de los diferentes grupos terapéuticos.

Tabla 2.4.2.2.-27 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

Variable 10.3 : Se toca el pelo con la mano en la situación de observación 3a.					
Media	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	5.5714	3.0000	3.0000	3.0000	3.6429
Post-trata.	5.5714	3.0000	3.0000	3.0000	3.6429
Media Total	5.5714	3.0000	3.0000	3.0000	3.6429
Desviación típica					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	4.0658	.0000	.0000	.0000	1.0164
Post-trata.	3.3746	.0000	.0000	.0000	.8436
D.T. Total	3.7202	.0000	.0000	.0000	.9300

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

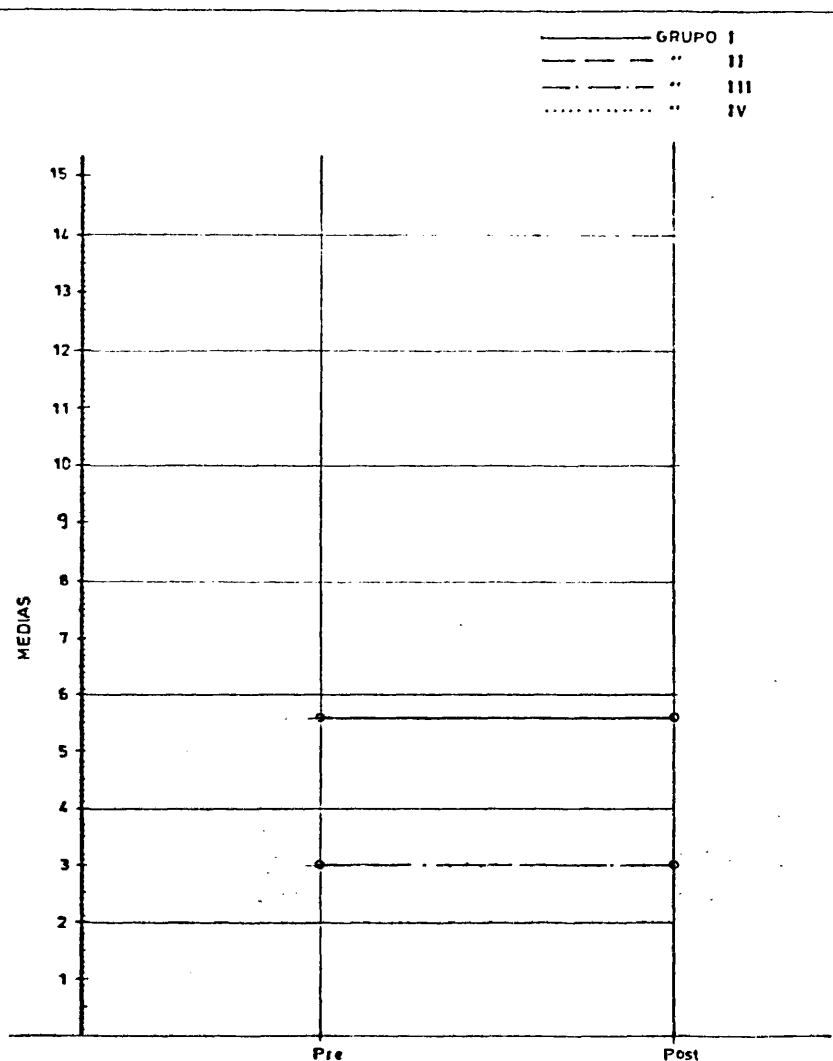


FIG.- 30 Representación Gráfica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-27

Al aplicar la prueba de Friedman (Tabla ----- 2.4.2.2.-F.) no aparecen resultados significativos, lo que nos muestra que el factor tiempo no influye significativamente en los resultados.

De forma global, respecto a esta variable puede decirse que no parecen producirse modificaciones sustanciales en ninguno de los cuatro grupos.

Se arregla la ropa (v.11.)

Situación 1a (v.11.1.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-28. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 31. En esta figura se puede observar el cambio que experimentan los cuatro grupos entre el pre- y el post-entrenamiento. Estos cambios no son muy acusados en ninguno de los grupos. El grupo que más disminuye la frecuencia de aparición de la conducta de arreglarse la ropa es el grupo I (control), figurando, a continuación el grupo II (EA + TRE). El grupo III (EA + EAI) permanece prácticamente igual, mientras el IV aumenta ligeramente.

Tabla 2.4.2.2.-28: Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 11.1 : Se arregla la ropa en la situación de observación la.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	4.7143	3.2857	3.0000	3.0000	3.5000
Post-trata.	3.5714	3.0000	3.0000	3.8571	3.3571
Media Total	4.1428	3.1429	3.0000	3.4285	3.4285
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	2.7105	.6999	.0000	.0000	.8526
Post-trata.	1.3997	.0000	.0000	1.3553	.6887
D.T. Total	2.0551	.3499	.0000	.6776	.7707

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

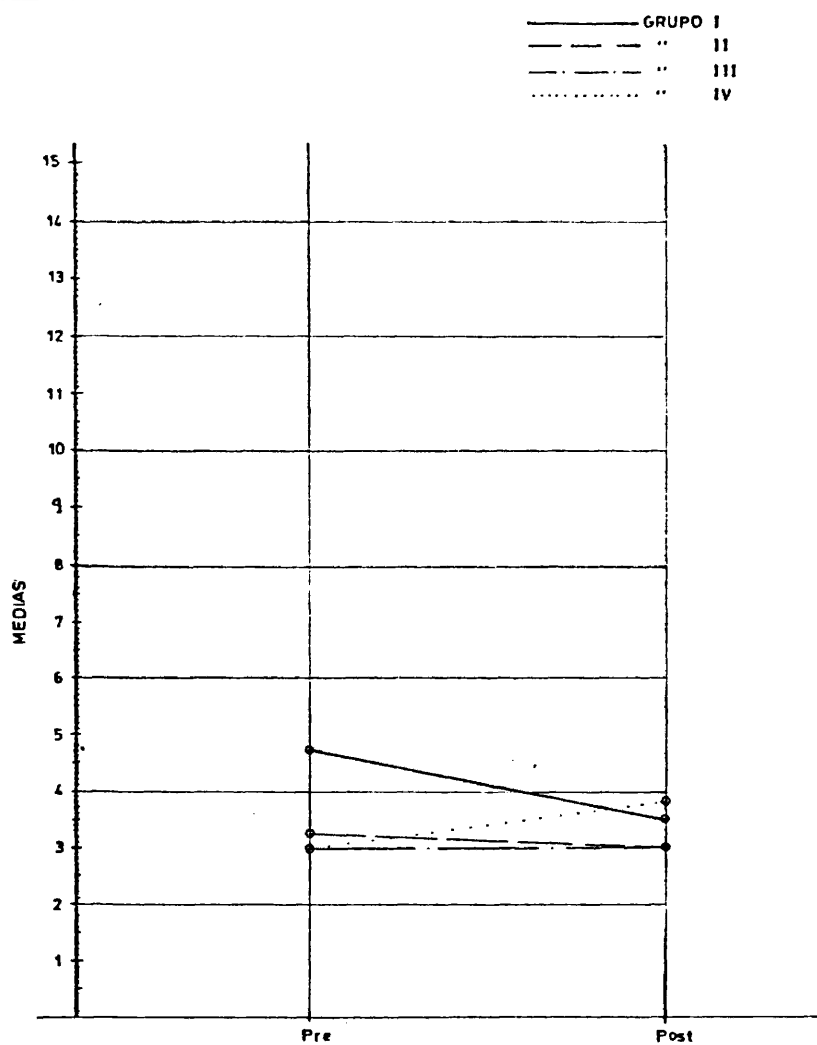


FIG.- 31 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-28

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-D. Este análisis muestra que no existen diferencias significativas entre los grupos en la evaluación post-entrenamiento.

Al aplicar la prueba de Friedman (Tabla 2.4.2.2.-F.) no aparecen resultados significativos, lo que nos muestra que el factor tiempo no influye significativamente en los resultados.

Se arregla la ropa (v.11.)

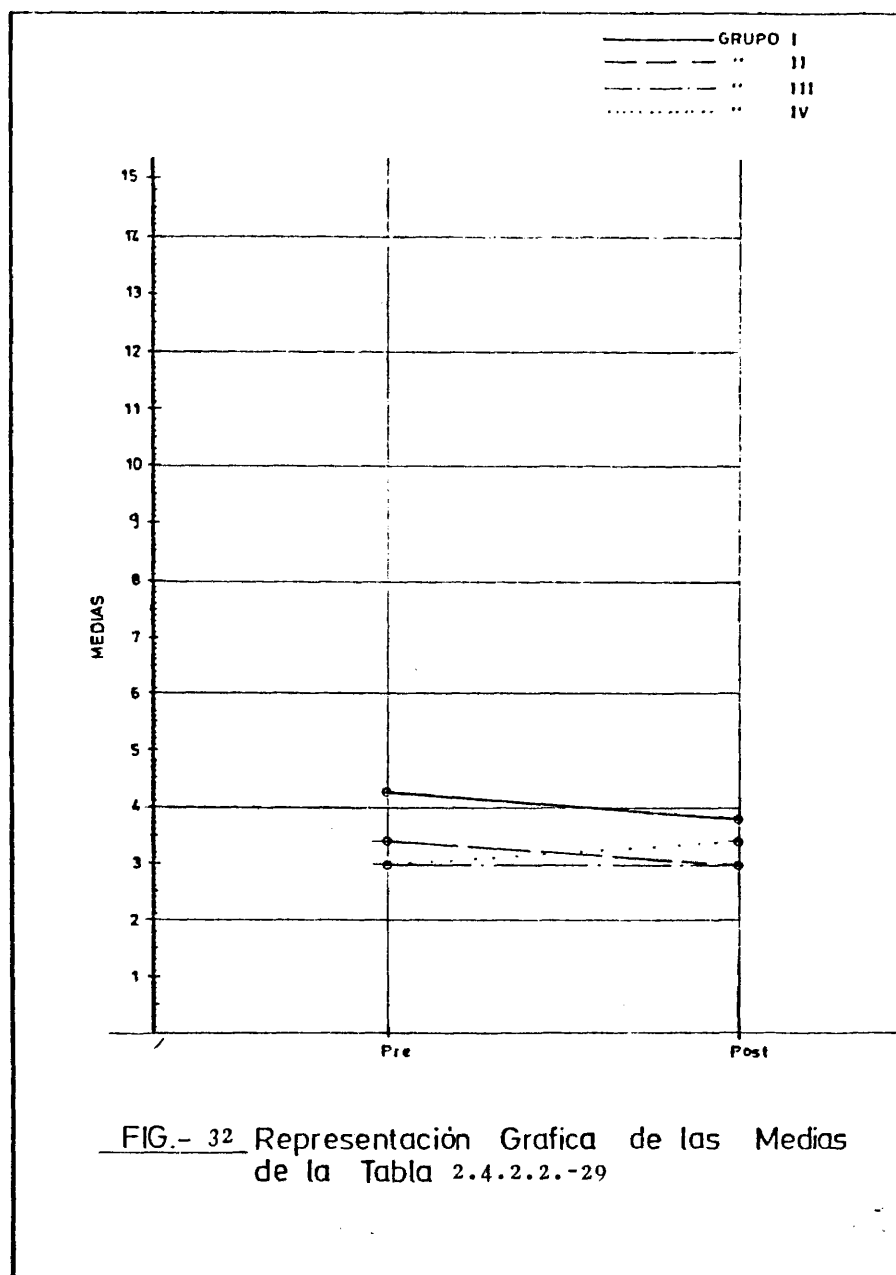
Situación 2ª (v.11.2.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-29. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 32. En ella se puede observar el cambio experimentado por los cuatro grupos entre el pre- y el post-entrenamiento. Estos no son muy acusados en ninguno de los grupos. Los grupos I (control), II (EA + TRE) y III (EA + EAI) disminuyen ligeramente la frecuencia de la conducta de arreglarse la ropa, mientras el grupo IV (EA) la aumenta levemente.

Tabla 2.4.2.2.-29 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 11.2 : Se arregla la ropa en la situación de observación 2a.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	4.2857	3.4286	3.0000	3.0000	3.4286
Post-trata.	3.8571	3.0000	3.0000	3.4286	3.3214
Media Total	4.0714	3.2143	3.0000	3.2143	3.3750
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	2.1853	1.0498	.0000	.0000	.8088
Post-trata.	2.0996	.0000	.0000	1.0498	.7873
D.T. Total	2.1424	.5249	.0000	.5249	.7981

Nº de sujetos para todos los grupos : 7



El análisis estadístico se efectuó a través de - un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la -- Tabla 2.4.2.2.-D. No aparecen diferencias significativas - entre los grupos en la evaluación post-entrenamiento.

Al aplicar la prueba de Friedman (Tabla ----- 2.4.2.2.-F.) no aparecen diferencias significativas, lo que nos indica que el factor tiempo no influye significativa-- mente en los resultados.

Se arregla la ropa (v.11.)

Situación 3a (v.11.3.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-3o. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 33. En ella se puede observar el cambio experimentado por los cuatro grupos en el -- pre- y el post-entrenamiento. Estos no son muy acusados en ninguno de los cuatro grupos. Los grupos que obtienen mejores resultados son el III (EA + EAI) y el I (control).

Tabla 2.4.2.2.-30 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

Variable 11.3 : Se arregla la ropa en la situación de observación 3ª.					
<u>Media</u>		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
	Media Total				
Pre-trata.		5.5714	3.4286	4.2857	3.2857
Post-trata.		4.2857	3.0000	3.0000	3.0000
Media Total		4.9286	3.2143	3.6429	3.1429
					3.7322
<u>Desviación típica</u>		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
	D.T. Total				
Pre-trata.		3.6589	1.0498	3.1493	.6999
Post-trata.		2.1853	.0000	.0000	.0000
D.T. Total		2.9221	.5249	1.5747	.3499
					1.3429

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

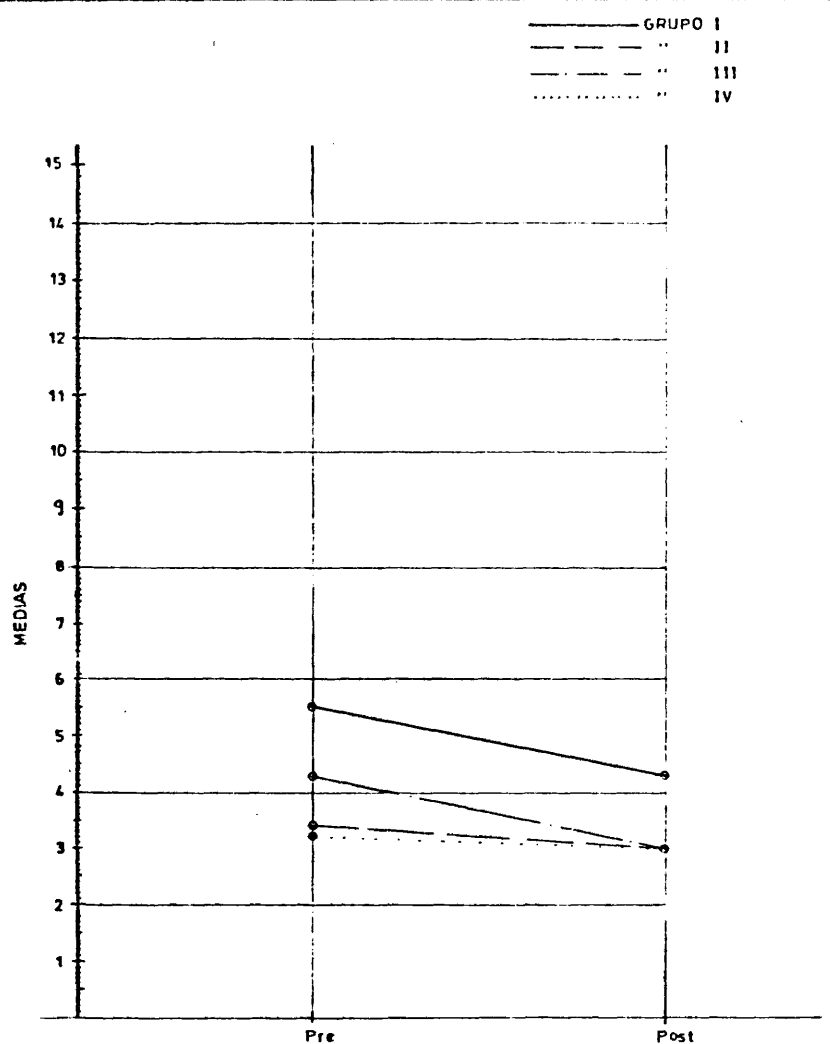


FIG.- 33 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-30

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-D. No aparecen diferencias significativas entre los grupos en la evaluación post-entrenamiento.

Al aplicar la prueba de Friedman (Tabla 2.4.2.2.-F.) no aparecen diferencias significativas, lo que nos indica que el factor tiempo no influye significativamente en los resultados.

De forma global, respecto a esta variable puede decirse que no parecen producirse modificaciones sustanciales en ninguno de los cuatro grupos.

Se retuerce las manos (v.12.)

Situación 3ª (v.12.3.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-31. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 34. En esta figura se puede observar que los grupos III y IV coinciden en los valores de sus medias., tanto en el pre- como en el post- entrenamiento, por lo que sólo se representa uno de ellos (grupo III). El grupo que presenta cambios más notables, en la -- disminución de la conducta de retorcerse las manos, es el grupo II (EA + TRE), aunque es de destacar que es el gru-- po que presentaba puntuaciones más altas en el pre-entrena-- miento. Los demás grupos no presentan cambios reseñables.

El análisis estadístico se efectuó a través de - un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la Ta-- bla 2.4.2.2.-D. No aparecen diferencias significativas en la evaluación post-entrenamiento.

Al aplicar la prueba de Friedman (Tabla ----- 2.4.2.2.-F.) no se evidencian diferencias significativas, lo que nos indica que el factor tiempo no influye signifi-- cativamente en los resultados.

Tabla 2.4.2.2.-31 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

Variable 12.3 : Se retuerce las manos en la situación de observación 3ª.					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	4.1429	5.5714	3.0000	3.0000	3.9286
Post-trata.	3.7143	3.4286	3.0000	3.0000	3.2857
Media Total	3.9286	4.5000	3.0000	3.0000	3.6072
<u>Desviación típica</u>					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	2.0996	3.3746	.0000	.0000	1.3686
Post-trata.	1.1606	1.0498	.0000	.0000	.5526
D.T. Total	1.6301	2.2122	.0000	.0000	.9606

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

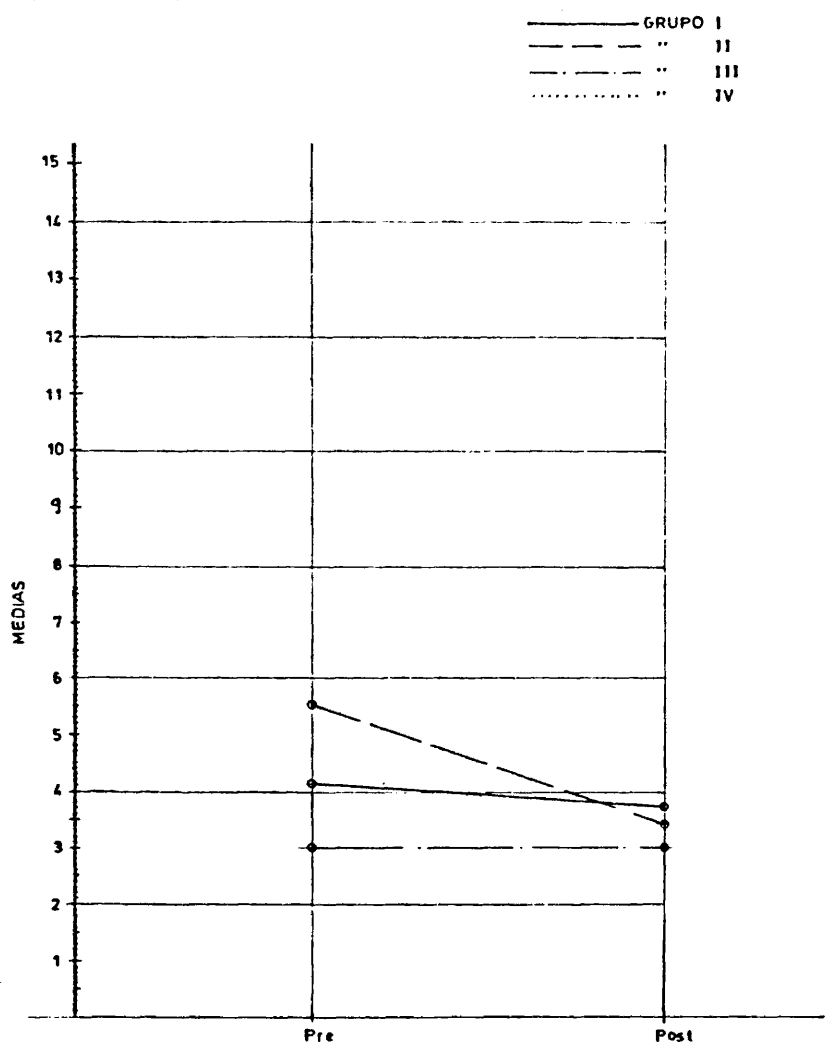


FIG.- 34 Representación Gráfica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-31

De forma global, respecto a esta variable puede decirse que no parecen producirse modificaciones sustanciales en ninguno de los cuatro grupos.

Juega con algo (v.13.)

Situación 2ª (v.13.2.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-32. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior se presenta en la Figura 35. En esta figura se puede observar el cambio experimentado por los cuatro grupos --- desde el pre- hasta el post-entrenamiento. Los grupos II (EA + TRE), III (EA + EAI) y IV (EA) obtienen mejores resultados, respecto a la consecución de un descenso de la conducta de jugar, mientras el grupo I (control) apenas -- presenta variación. Es necesario resaltar, al realizar las comparaciones entre los tres grupos terapéuticos, que la efectividad de los procedimientos terapéuticos parece tener una cierta relación con las diversas puntuaciones obtenidas en la evaluación pre-entrenamiento. Así, el grupo que obtiene mejores resultados es el grupo II y éste es el que obtiene una puntuación más alta en la evaluación pre-entrenamiento. Le sigue, a continuación, el grupo IV y, por último, el III.

Tabla 2.4.2.2.-32 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 13.2 : Juega con algo en la situación de observación 22.</u>					
<u>Media</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	10.8571	10.8571	6.0000	9.7143	9.3571
Post-trata.	11.1429	3.1429	3.0000	4.7143	5.5000
Media Total	11.0000	7.0000	4.5000	7.2143	7.4286
<u>Desviación típica</u>	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	3.6027	3.6027	4.8107	1.9795	3.4989
Post-trata.	2.2315	.3499	.0000	1.4846	1.0165
D.T. Total	2.9171	1.9763	2.4054	1.7320	2.2577

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

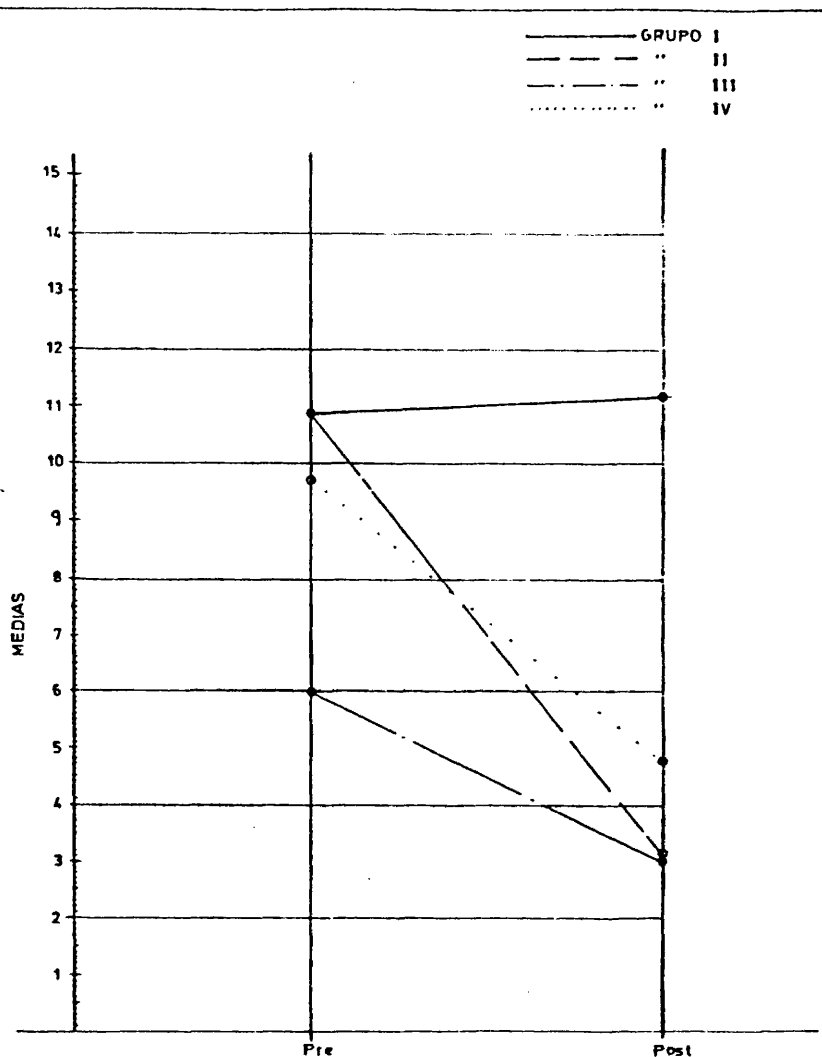


FIG.- 35 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-32

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-D. Este análisis muestra diferencias significativas entre los grupos en la evaluación post-entrenamiento.

Para la comprobación de las diferencias, entre cada par de grupos, se aplicó la prueba de rangos de U de Mann-Whitney. Los resultados se encuentran en la Tabla 2.4.2.2.-E. Del análisis de los mismos, observamos que aparecen diferencias significativas al comparar el grupo I con todos los demás. También aparecen diferencias significativas al comparar el grupo II con el III y con el IV y éstos dos entre sí.

Al aplicar la prueba de Friedman (Tabla 2.4.2.2.-F.) no aparecen diferencias significativas, lo que nos indica que el factor tiempo no influye significativamente en los resultados.

Juega con algo (v.13.)Situación 3a (v.13.3.):

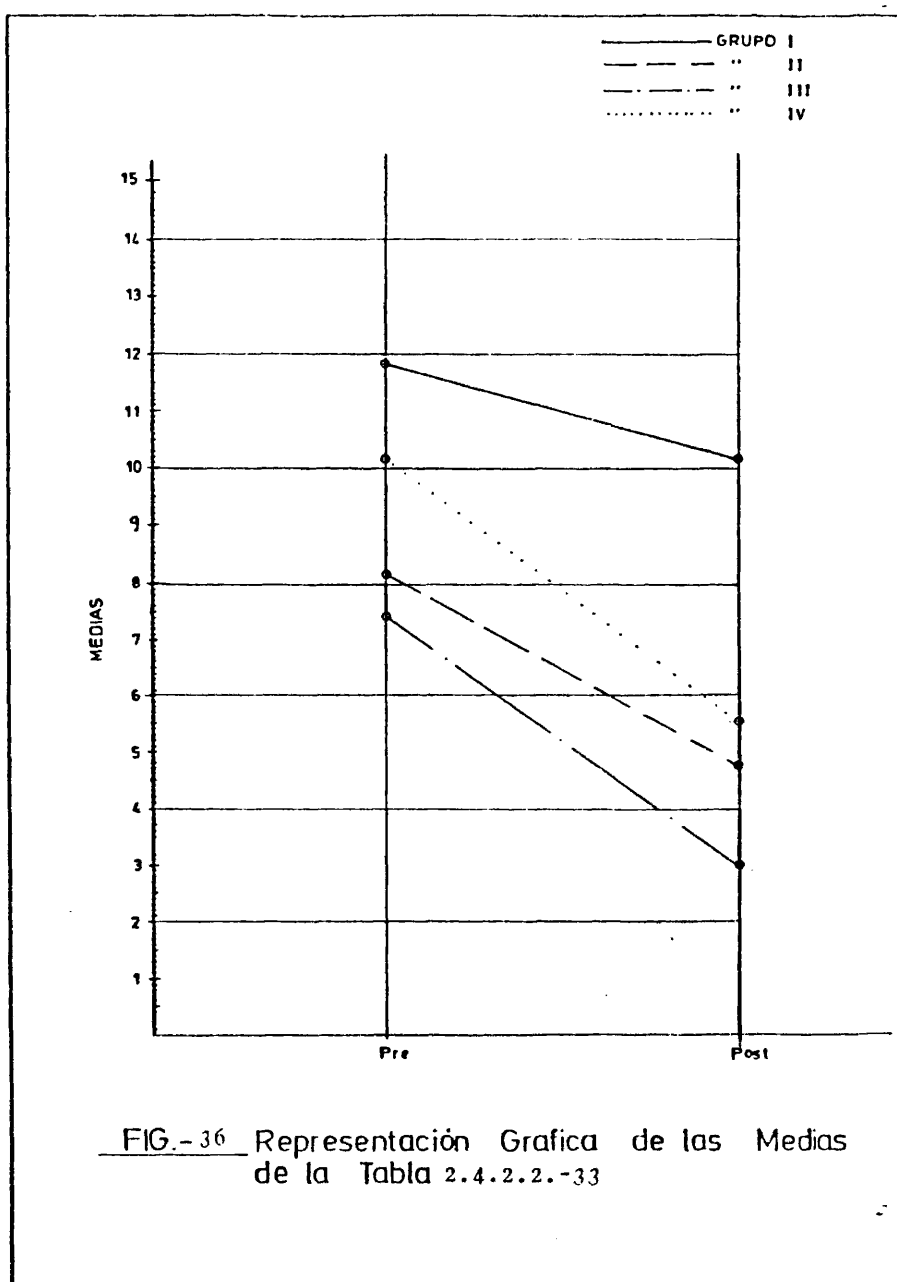
Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-33. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 36. En esta figura puede observarse el cambio experimentado por los cuatro grupos desde el pre- al post-entrenamiento. Los grupos II (EA + ---TRE), III (EA + EAI) y IV (EA) obtienen mejores resultados, respecto a la consecución de un descenso de la conducta de jugar, mientras el grupo I (control) presenta una variación mucho menor. Comparando los tres grupos terapéuticos, observamos que el grupo que obtiene mejores resultados es el grupo IV, seguido del III y del II.

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se encuentran resumidos en la -- Tabla 2.4.2.2.-0. Este análisis muestra diferencias significativas, entre los grupos, en la evaluación post-entrenamiento.

Tabla 2.4.2.2.-33 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

Variable 13.3 : Juega con algo en la situación de observación 3a.					
Media	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Media Total
Pre-trata.	11.8571	8.1429	7.4286	10.1429	9.3929
Post-trata.	10.1429	4.7143	3.0000	5.5714	5.8571
Media Total	11.0000	6.4286	5.2143	7.8571	7.6250
Desviación típica					
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	D.T. Total
Pre-trata.	3.4405	4.4535	4.3706	1.3553	3.4051
Post-trata.	3.0439	4.1991	.0000	1.0498	2.0732
D.T. Total	3.2422	4.3264	2.1853	1.2025	2.7391

Nº de sujetos para todos los grupos : 7



Para la comprobación de las diferencias, entre cada par de grupos, se aplicó la prueba de rangos de U de Mann-Whitney. Los resultados se encuentran en la Tabla --- 2.4.2.2.-E. Del análisis de los mismos, observamos que aparecen diferencias significativas al comparar el grupo I -- con todos los demás grupos. También, aparecen diferencias significativas al comparar el grupo IV con los grupos II y III. No aparecen diferencias significativas entre estos -- dos últimos grupos.

Al aplicar la prueba de Friedman (Tabla ----- 2.4.2.2.-F.) no se evidencian diferencias significativas, lo que nos indica que el factor tiempo no influye significativamente en los resultados.

De forma global, respecto a esta variable se puede decir que cualquiera de las tres estrategias de intervención empleadas resultan ser superiores al grupo control, -- en la eliminación de esta conducta. No obstante, la comparación entre los tres grupos terapéuticos, nos muestra resultados concordantes, ya que, en una ocasión, es más eficaz el procedimiento aplicado en el grupo II y, en la otra, el aplicado en el grupo IV.

Emite risitas (v.14.)

Situación 3ª (v.14.3.):

Los estadísticos descriptivos de la muestra (media y desviación típica) aparecen en la Tabla 2.4.2.2.-34. La representación gráfica, de las medias de la tabla anterior, se presenta en la Figura 37. En ella se puede observar el cambio experimentado por los grupos entre el pre- y el post-entrenamiento. Los grupos II (EA + TRE), III (EA + EAI) y IV (EA) obtienen mejores resultados, respecto a la consecución de un descenso en la emisión de risitas, mientras el grupo I (control) presenta una variación mucho menor. Comparando las tres condiciones experimentales, observamos que el grupo que obtiene mejores resultados es el grupo II. Los grupos III y IV apenas muestran diferencias entre ellos.

El análisis estadístico se efectuó a través de un ANOVA no paramétrico de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis. Los datos se muestran resumidos en la Tabla 2.4.2.2.-D. Este análisis muestra diferencias significativas, entre los grupos, en la evaluación post-entrenamiento.

Tabla 2.4.2.2.-34 : Estadísticos descriptivos de la muestra.
Media y desviación típica.

<u>Variable 14.3 : Emite risitas en la situación de observación 3ª.</u>					
<u>Media</u>		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Pre-trata.		8.2857	9.0000	7.7143	8.1429
Post-trata.		7.0000	3.8571	3.7143	4.2857
Media Total		7.6429	6.4285	5.7143	6.2143
	Media Total				6.5000
<u>Desviación típica</u>					
		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Pre-trata.		3.2826	3.2071	3.1493	2.6419
Post-trata.		2.6186	1.3553	1.7496	1.4846
D.T. Total		2.9506	2.2812	2.4495	2.0633
	D.T. Total				2.4361
					3.0702
					1.8020

Nº de sujetos para todos los grupos : 7

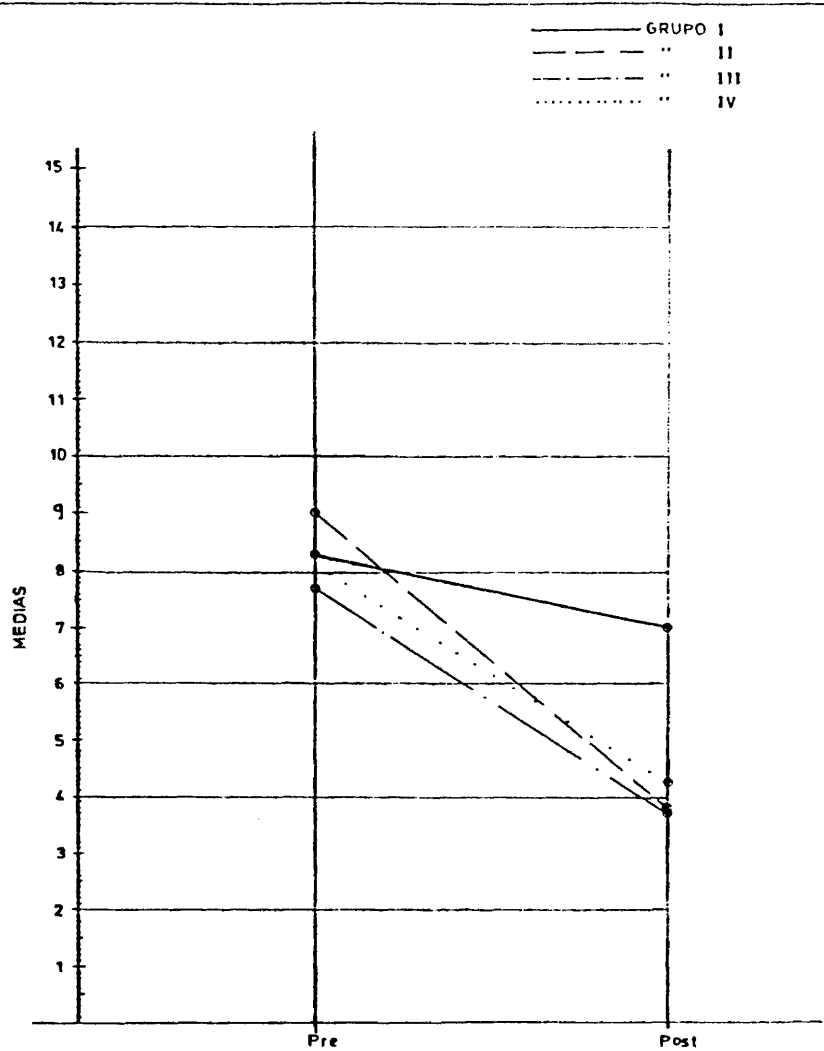


FIG.- 37 Representación Grafica de las Medias de la Tabla 2.4.2.2.-34

Para la comprobación de las diferencias entre cada par de grupos, se aplicó la prueba de rangos de U de Mann-Whitney. Los resultados se muestran en la Tabla ----- 2.4.2.2.-E. Del análisis de los mismos, observamos diferencias significativas al comparar el grupo I con todos los demás. No aparecen diferencias significativas, en las comparaciones, entre los diversos grupos experimentales.

Al aplicar la prueba de Friedman (Tabla ----- 2.4.2.2.-F.) no aparecen diferencias significativas, lo que nos indica que el factor tiempo no influye significativamente en los resultados.

De forma global, respecto a esta variable se puede decir que cualquiera de los procedimientos de intervención empleados resultan ser superiores al grupo control, en la eliminación de esta conducta. Sin embargo, no aparecen diferencias significativas al comparar las diversas estrategias de intervención.

2.5.- Conclusiones.

Tras el análisis y comentario de los resultados obtenidos, en esta investigación, podemos extraer las conclusiones que, a continuación, se exponen:

Respecto a las medidas de auto-informe, se encuentra que todos los procedimientos de entrenamiento utilizados resultan ser más eficaces, para desarrollar la conducta asertiva y reducir la ansiedad ante situaciones que requieren una respuesta de aserción, que la condición de lista de espera sin tratamiento. Además, los dos procedimientos cognitivo conductuales utilizados parecen ser más eficaces que el entrenamiento centrado sólo en la adquisición de la respuesta asertiva. Sin embargo, hay que hacer notar que la combinación de Entrenamiento en Aserción más el Entrenamiento en Auto-Instrucciones se muestra más efectivo que el Entrenamiento en Aserción más la Terapia Racional Emotiva, ya que, aunque esta última combinación evidencia resultados superiores al Entrenamiento en Aserción solo, éstos no llegan a ser significativos.

La estabilidad de los cambios producidos se manifiesta en la evaluación de seguimiento, efectuada a los seis meses de finalizar la fase de entrenamiento, donde se mantuvieron los logros obtenidos y las diferencias entre los grupos.

En cuanto a las medidas de observación, se puede concluir que los resultados apuntan en la misma dirección que los encontrados en las medidas de auto-informe. Es decir, todos los grupos de entrenamiento resultaron ser más eficaces que el grupo control y los procedimientos cognitivo conductuales obtuvieron mejores resultados que el Entrenamiento en Aserción solo. Además, en términos globales, comparando los dos procedimientos que incluyen entrenamiento cognitivo, se observa que, en cinco de las variables evaluadas, la combinación de Entrenamiento en Aserción más Entrenamiento en Auto-Instrucciones aparece superior a la combinación de Entrenamiento en Aserción más la Terapia Racional Emotiva. Sin embargo, esta última combinación sólo es superior a la primera en dos de las variables. Por tanto, parece ser más efectiva la combinación que incluye el Entrenamiento en Auto-Instrucciones.

Dentro de las medidas de observación, es preciso comentar los resultados aparecidos en las variables 9, 10, 11 y 12, puesto que en ellas ninguno de los grupos experimenta cambios significativos. Este hecho podría ser debido a que al no presentar los sujetos exceso en estas conductas, es decir, tenían puntuaciones muy bajas, los cambios producidos (disminución en la frecuencia de aparición y en algunos casos reducción a cero) no se vieron reflejados en diferencias estadísticamente significativas. Por ello, a la hora de analizar los resultados correspondientes a cada procedimiento, no deberían tenerse en cuenta estas variables, por resultar irrelevantes en los sujetos de la inves-

tigación.

Al considerar, en conjunto, las medidas de auto-informe y las evaluaciones de observación, se aprecia cierta correlación positiva entre los datos proporcionados por ambos métodos de medida.

Teniendo en cuenta las conclusiones reseñadas, - contrastaremos los resultados encontrados con las hipótesis planteadas:

1.- La hipótesis primera (H_1), formulada sobre la eficacia de los procedimientos utilizados al compararlos con la condición de lista de espera, sin tratamiento, se confirma tanto en las medidas de auto-informe, como en las diez variables de observación relevantes. Por esto, concluimos que el Entrenamiento en Aserción, el Entrenamiento en Aserción más la Terapia Racional Emotiva y el Entrenamiento en Aserción más el Entrenamiento en Auto-Instrucciones son más efectivos, en el tratamiento de los problemas de aserción, que el no tratamiento.

2.- La hipótesis segunda (H_2), formulada sobre la eficacia de los procedimientos cognitivo conductuales frente al Entrenamiento en Aserción solo, parece confirmarse en parte. Aunque las medidas de auto-informe muestran siempre resultados superiores y siete de las variables evaluadas en las medidas de observación arrojan resultados favorables a la hipótesis, sin embargo, debe resaltarse que

sólo la combinación de Entrenamiento en Aserción más Entrenamiento en Auto-Instrucciones muestra diferencias significativas consistentes, respecto al Entrenamiento en Aserción solo. La combinación de Entrenamiento en Aserción más la Terapia Racional Emotiva no presenta diferencias significativas en las medidas de auto-informe, ni en cinco de las variables evaluadas en la observación. Por tanto, concluimos que la combinación del Entrenamiento en Aserción más el Entrenamiento en Auto-Instrucciones es superior al Entrenamiento en Aserción solo, no quedando suficientemente confirmada que la combinación del Entrenamiento en Aserción más la Terapia Racional Emotiva sea superior al Entrenamiento en Aserción solo.

3.- La hipótesis tercera (H3), formulada sobre la eficacia diferencial de los procedimientos cognitivo conductuales utilizados, se confirma, tanto en las medidas de auto-informe, como en las medidas de observación. Por tanto, concluimos que el Entrenamiento en Aserción más el Entrenamiento en Auto-Instrucciones es más efectivo, en el tratamiento de los problemas de aserción, que el Entrenamiento en Aserción más la Terapia Racional Emotiva.

Al contrastar nuestros resultados con las investigaciones realizadas dentro del área de la aserción, observamos que, una vez más, se confirmó la eficacia del Entrenamiento en Aserción, formado por ensayo de conducta, imitación, instrucciones, "feedback" y práctica en vivo, rati

ficando las numerosas investigaciones reseñadas en el ----
Apartado 1.1.

En cuanto a la combinación del Entrenamiento en Aserción más el Entrenamiento en Auto-Instrucciones , los resultados que se encuentran difieren de los obtenidos en los trabajos de Carmody (1978) y Derry y Stone (1979), en los que no aparecían diferencias entre esta combinación y el ensayo de conducta solo. Sin embargo, están en la línea de los hallados en la investigación de Kazdin y Mascitelli (1982)

Atendiendo a la combinación del Entrenamiento en Aserción más la Terapia Racional Emotiva, los datos que se obtienen en nuestra investigación difieren de los presentados por Tiegerman (1975), donde esta combinación resultaba ser inferior al Entrenamiento en Aserción solo y apoyan los encontrados por Aldan y otros (1978) y Wolfe y Foder (1977). Así mismo, nuestros resultados concuerdan con los obtenidos en esta última investigación, respecto a la disminución de ansiedad lograda por la combinación del Entrenamiento en Aserción más la Terapia Racional Emotiva.

Considerando la comparación de las combinaciones del Entrenamiento en Aserción más la Terapia Racional Emotiva y el Entrenamiento en Aserción más el Entrenamiento

en Auto-Instrucciones, nuestros resultados no concuerdan - con los obtenidos por Carmody (1978), donde no aparecen -- diferencias entre ellos en ninguna de las medidas efec--- tuadas.

A la luz de estas conclusiones, no parece, en ab soluto, desaconsejable enfocar las dificultades de aser--- ción como un problema cognitivo conductual. Sin embargo, - de ésto no podemos deducir que sea efectiva la aplicación de cualquier procedimiento cognitivo, sino que, hasta el - presente, sólo parece ser más eficaz el procedimiento com- binado de Entrenamiento en Aserción más el Entrenamiento - en Auto-Instrucciones que el Entrenamiento en Aserción -- sólo.

Los resultados encontrados en esta investigación plantean la conveniencia de realizar nuevos trabajos que esclarezcan cuestiones como: si las diferencias no signifi- cativas que se encuentran entre el Entrenamiento en Aser- ción y su combinación con la Terapia Racional Emotiva po- drían variar si se amplía el número de sesiones empleadas en el procedimiento de Terapia Racional Emotiva; o si se mantiene la eficacia diferencial encontrada, entre los di-- versos procedimientos, al realizar evaluaciones de segui-- miento más largas.

Por otra parte, sería necesario aclarar los efectos de transferencia y generalización de los resultados, evaluándolos en situaciones de la vida real de los sujetos.

También, sería importante confirmar si estos resultados, en cuanto a la eficacia diferencial de los procedimientos, se dan igualmente en muestras no universitarias y con sujetos que acuden a consulta acuciados por problemas de aserción.

Por último, en cualquier caso, esta investigación parece contribuir a demostrar la importancia de la intervención sobre las variables cognitivas en los problemas de aserción, pues esta intervención logra mejorar los resultados que se alcanzan por medio de procedimientos que se centran sólo en la adquisición del comportamiento asertivo.

3.- BIBLIOGRAFIA.

- ALBERTI, R.E. (Ed.) Assertiveness. Innovations. Appli---
cations. San Luis Obispo (Cal.), Impact, 1977.
- ALBERTI, R.E. y EMMONS, M.L. Your Perfect Right. 3rd. ed.
 San Luis Obispo (Cal.), Impact, 1978.
- ALDEN, L. y CAPPE, R. Nonassertiveness: Skill deficit or
 selective self-evaluation?. Behav. Ther., 1981, 12, -
 107-14.
- ALDEN, L. y SAFRAN, J. Irrational belief and nonassertive
 behavior. Cognit. Ther. Res., 1978, 2, 357-64.
- ALDEN, L., SAFRAN, J. y WEIDEMAN, R. A comparison of ----
 cognitive and skills training strategies in the --
 treatment of unassertive clients. Behav. Ther., 1978,
9, 843-6.
- ARGYRIS, C. Conditions for competence acquisition and ---
 therapy. J. Appl. Behav. Sc., 1968, 4, 147-77.
- ARKOWITZ, H. Measurement and modification of minimal ---
 dating behavior. En M. HERSEN, R.M. EISLER y P.M. --
 MILLER (Eds.) Progress in Behavior Modification. -----
 Vol.5. N.Y., Academic, 1977.
- ARNOLD, S.C. y FORENHAND, R. A comparison of cognitive --
 training and response cost procedures in modifying --
 cognitive styles of impulsive children. Cognit. Ther.
Res., 1978, 2, 183-8.

- BANDURA, A. Principles of Behavioral Modification. -----
N.Y., Holt, Rinehard and Winston, 1969.
- BATES, H.D. y ZIMMERMANN, S.F. Toward the development of
a screening scale for assertive training. Psych. Rep.,
1971, 28, 99-107.
- BECK, A.T. Thinking and depression. I. Idiosyncratic con-
tent and cognitive distortions. Arch. Gen. Psych., --
1963, 9, 324-33.
- BECK, A.T. Cognitive therapy: Nature and relation to ---
behavior therapy. Behav. Ther., 1970 a, 1, 184-200.
- BECK, A.T. Role of fantasies in psychotherapy and psycho-
pathology. J. Nerv. Ment. Dis., 1970 b, 150, 3-17.
- BECK, A.T. Cognition, affect and psychopathology. -----
Arch. Gen. Psych., 1971, 24, 495-500.
- BECK, A.T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders.
N.Y., International Universities Press, 1976.
- BELLACK, A.S. Behavioral assessment of social skills. --
En A.S. BELLACK y M. HERSEN (Eds.) Research and ---
Practice in Social Skills Training. N.Y., Plenum, ---
1979.
- BELLACK, A.S. y HERSEN, M. Self-report inventories in ---
behavioral assessment. En J.D. CONE y R.P. HAWKINS --
(Eds.) Behavioral Assessment. N.Y., Brunner/Mazel, -
1977.
- BELLACK, A.S. y HERSEN, M. (Eds.) Research and Practice in
Social Skills Training. N.Y., Plenum, 1979.

- BELLACK, A.S. y MORRISON, R.L. Interpersonal dysjunction.
En A.S. BELLACK, M. HERSEN y A.E. KAZDIN (Eds.) ----
International Handbook of Behavior Modification and
Therapy. N.Y., Plenum Press, 1982.
- BEM, D.J. Beliefs, Attitudes and Human Affairs. Monterey
(Cal.), Brooks/Cole, 1970.
- BLACKWOOD, R. The operant conditioning of verbally media--
ted self-control in the classroom. J. Sch. Psych., --
1970, 8, 257-8.
- BLACKWOOD, R. Mediated Self-Control: An Operant Model of
Rational Behavior. Akron (Ohio), Exordium Press, 1972
- BLANCO ABARCA, A. Evaluación de las habilidades sociales.
En R. FERNANDEZ BALLESTEROS y J.A.I. CARROBLES (Eds.)
Evaluación Conductual. Madrid, Pirámide, 1981.
- BORNSTEIN, P.H. y QUEVILLON, R.P. The effects of a self--
instructional package on overactive preschool boys.
J. Appl. Behav. Anal., 1976, 9, 179-88.
- BOWER, S.A. y BOWER, G.H. Asserting Your-Self. Reading --
(Mass.), Addison-Wesley, 1978.
- BRANDSMA, J.H., MAULTSBY, M.C. y WELSH, R. Self-Help ----
Techniques in the Treatment of Alcoholism. University
of Kentucky, 1978. Manuscrito no publicado.
- BROVERMAN, I.K., BROVERMAN, D., CLARKSON, E., ROSENKRANTZ,
P. y VOGEL, S. Sex role stereotypes and clinical -
judgments of mental health. J. Cons. Clin. Psych., --
1970, 34, 1-7.

- BROVERMAN, I.K., VOGEL, S.R., BROVERMAN, D.M., CLARKSON, -
F.E. y ROSENKRANTZ, P.S. Sex-role stereotypes: a ---
current appraisal. J. Soc. Iss., 1972, 28, 59.
- BRYANT, B.M. y TROWER, P.E. Social difficulty in a student
sample. Brit. J. Educ. Psych., 1974, 44, 13-21.
- CARMODY, T.P. Rational-emotive, self-instructional and --
behavior assertion training: Facilitating maintenance.
Cognit. Ther. Res., 1978, 2, 241-54.
- CASAS, J.M. A Comparison of Two Mediatlional Self-Control
Techniques for the Treatment of Speech Anxiety. -----
Stanford (Cal.), Stanford University, 1975. Tesis --
Doctoral no publicada.
- CAUTELA, J.R. Treatment of compulsive behavior by covert
sensitization. Psych. Rec., 1966, 16, 33, 41.
- CAUTELA, J.R. Covert sensitization. Psych. Rep., 1967, --
20, 459-68.
- CAUTELA, J.R. Covert conditioning. En A. JACOBS y L.B. --
SACHS (Eds.) The Psychology of Private Events: -----
Perspectives on Covert Reponse Systems. N.Y., Acade-
mic Press, 1971.
- CAUTELA, J.R. y UPPER, D. The behavioral inventory batte-
ry: The use of self-report measures in behavioral ---
analysis and therapy. En M. HERSEN y A. BELLACK (Eds.)
Behavioral Assessment: A Practical Handbook. N.Y., --
Pergamon, 1976.

- CIMINERO, A.R., NELSON, R.O. y LIPINSKI, D.P. Self-monito
ring procedures. En A.R. CIMINERO, K.S. CALHOUN y --
H.E. ADAMS (Eds.) Handbook of Behavioral Assessment.
N.Y., Wiley, 1977.
- CONE, J.D. y HAWKINS, R.P. (Eds.) Behavioral Assessment. -
N.Y., Brunner/Mazel, 1977.
- COWAN, G. y KOZIEJ, J. The perception of sex inconsistent
behavior. S. Rol., 1979, 1, 1-10.
- CRAIGHEAD, W.E., KIMBALL, W.H. y REHAK, P.J. Mood changes,
physiological responses and self-statements during --
social rejection imagery. J. Cons. Clin. Psych., 1979,
47, 385-96.
- CURRAN, J.P. Pandora's box reopened? The assessment of ---
social skills. J. Behav. Ass., 1979 a, 1, 55-72.
- CURRAN, J.P. Social skills: Methodological issues and ---
future directions. En A.S. BELLACK y M. HERSEN (Eds.)
Research and Practice in Social Skills Training. ----
N.Y., Plenum, 1979 b.
- CURRAN, J.P. y GILBERT, F.S. A test of the relative -----
effectiveness of a systematic desensitization program
and interpersonal skills training program with date
anxious subjects. Behav. Ther., 1975, 6, 510-21.
- CURRAN, J.P. y MARIOTTO, M.J. A conceptual structure for
the assessment of social skills. En M. HERSEN, R.M. -
EISLER y P.M. MILLER (Eds.) Progress in Behavior Mo--
dification. Vol. 10. N.Y., Academic, 1980.

- CURRAN, J.P. y WESSBERG, H.W. Assessment of social inadequacy. En D. BARLOW (Ed.) Behavioral Assessment of -- Adult Disorders. N.Y., The Guilford Press, 1981.
- DERRY, P. y STONE, G. Effects of cognitive-adjunct treatment on assertiveness. Cognit. Ther. Res., 1979, 3, - 213-21.
- DIGIUSEPPE, R.A. y MILLER, N.J. A review of outcome studies on rational-emotive therapy. En A. ELLIS y R. -- GRIEGER (Eds.) Handbook of Rational-Emotive Therapy. N.Y., Springer, 1977. Tr. española: Una reseña de los estudios del resultado de la Terapia Racional-Emotiva. En A. ELLIS y R. GRIEGER (Eds.) Manual de T.R.-E. Bilbao, D.O.B., 1981.
- DIOLORETO, A. Comparative Psychotherapy. N.Y., Aldine-Atherton, 1971.
- DOUGLAS, V.I., PARRY, P., MARTON, P. y GARSON, C. Assessment of a cognitive training program for hyperactive children. J. Abnorm. Child. Psych., 1976, 4, 389-410.
- DUNKEL, L.D. y GLAROS, A. Comparison of self-instructional and stimulus control treatments for obesity. ---- Cognit. Ther. Res., 1978, 2, 75-8.
- D'ZURILLA, T.J. y GOLDFRIED, M.R. Problem solving and --- behavior modification. J. Abnorm. Psych., 1971, 78, - 107-26.

- D'ZURILLA, T., WILSON, G.T. y NELSON, R. A preliminary -- study of the effectiveness of graduated prolonged --- exposure in the treatment of irrational fear. ----- Behav. Ther., 1973, 4, 672-85.
- EISLER, R.M. The behavioral assessment of social skills. En M. HERSEN y A.S. BELLACK (Eds.) Behavioral ----- Assessment. A Practical Handbook. N.Y., Pergamon, 1976.
- EISLER, R.M., FREDERIKSEN, C.W. y PETERSON, G.L. The ---- relationship of cognitive variables to the expression of assertiveness. Behav. Ther., 1978, 9, 419-27.
- EISLER, R.M., HERSEN, M. y MILLER, P.M. Effects of ----- modeling on components of assertive behavior. ----- J. Behav. Ther. Exp. Psych., 1973 a, 4, 1-6.
- EISLER, R.M., MILLER, P.M., y HERSEN, M. Components of -- assertive behavior. J. Clin. Psych., 1973 b, 29, ---- 295-9.
- EISLER, R.M., HERSEN, M., MILLER, P.M. y BLANCHARD, E.B. - Situational determinants of assertive behavior. ----- J. Cons. Clin. Psych., 1975, 43, 330-40.
- ELLIS, A. Reason and Emotion in Psychotherapy. N.Y., Lile Stuart, 1962. Tr. española: Razón y Emoción en Psico- terapia. Bilbao, D.D.B., 1980.
- ELLIS, A. A cognitive approach to behavior therapy. ----- Int. J. Psych., 1969, 8, 896-900.

- ELLIS, A. The Essence of Rational Psychotherapy: A comprehensive Approach to Treatment. N.Y., Institute for - Rational Living, 1970.
- ELLIS, A. Are cognitive behavior therapy and rational -- therapy synonymous?. Rat. Liv., 1973, 8, 8-11.
- ELLIS, A. Humanistic Psychotherapy: The Rational-Emotive Approach. N.Y., McGraw-Hill Paperbacks, 1974.
- ELLIS, A. How to Live with a Neurotic. N.Y., Crown ----- Publishers, 1975.
- ELLIS, A. The basic clinic theory of rational-emotive --- therapy. En A. ELLIS y R. GRIEGER (Eds.) Handbook of Rational-Emotive Therapy. N.Y., Springer, 1977 a. --- Tr. española: La teoría básica clínica de la Terapia Racional-Emotiva. En A. ELLIS y R. GRIEGER (Eds.) --- Manual de Terapia Racional-Emotiva. Bilbao, D.D.B., - 1981.
- ELLIS, A. Research data that supports the clinical and -- personality hypothesis of RET and other modes of ---- cognitive-behavior therapy. En A. ELLIS y R. GRIEGER (Eds.) Handbook of Rational-Emotive Therapy. N.Y., -- Springer, 1977 b. Tr. española: Datos de investiga-- ciones que apoyan las hipótesis clínicas y de la -- personalidad de la RET y otras terapias cognitivo-con ductuales. En A. ELLIS y R. GRIEGER (Eds.) Manual de T.R.E. Bilbao, D.D.B., 1981.
- ELLIS, A. A note on the treatment of agoraphobics with -- cognitive modification versus prolonged exposure in - vivo. Behav. Res. Ther., 1979, 17, 162-3.

- ELLIS, A. y GRIEGER, R. (Eds.) Handbook of Rational-Emotive Therapy. N.Y., Springer, 1977 a. Tr. española: Manual de Terapia Racional-Emotiva. Bilbao, D.D.B., 1981.
- ELLIS, A. y GRIEGER, R. Present and future of rational-emotive therapy. En A. ELLIS y R. GRIEGER (Eds.) Handbook of Rational-Emotive Therapy. N.Y., Springer, 1977 b. Tr. española: El presente y el futuro de la RET. En A. ELLIS y R. GRIEGER (Eds.) Manual de la T.R.-E. Bilbao, D.D.B., 1981.
- ELLIS A. y HARPER, R.A. A New Guide to Rational Living. - Englewood Cliffs (N.J.), Prentice-Hall, 1975.
- EMMELKAMP, P.M.G., KUIPERS, A.C.M. y EGGERAAT, J.B. -----
Cognitive modification versus prolonged exposure "in vivo": A comparison with agoraphobics as subjects. --
Behav. Res. Ther., 1978, 16, 33-42.
- EPSTEIN, N. Social consequences of assertion, aggression, passive aggression and submission: situational and --
dispositional determinants. Behav. Ther., 1980, 11, --
662-9
- ESTES, W.K. Reward in human learning: Theoretical issues and strategic choice points. En R. GLASER (Ed.) The Nature of Reinforcement. N.Y., Academic Press, --
1971.

- FEHRENBACH, P.A. y THELEN, M.H. Assertive-skills training for inappropriately aggressive college males: Effects on assertive and aggressive behaviors. J. Behav. Ther. Exp. Psych., 1981, 12, 213-7.
- FENSTERHEIM, H. The initial interview. En A.A. LAZARUS - (Ed.) Clinical Behavior Therapy. N.Y., Brunner/Mazel, 1972.
- FENSTERHEIM, M. y BAER, J. Don't Say Yes When You Want to Say No. N.Y., Dell, 1975. Tr. española: No Diga Si -- cuando Quiera Decir No. Barcelona, Grijalbo, 1976.
- FINCH, B.E. y WALLACE, C.J. Successful interpersonal ---- skills training with schizophrenic inpatients. ----- J. Cons. Clin. Psych., 1977, 45, 885-90.
- FREMOUW, W.J. y ZITTER, R.E. A comparison of skills training and cognitive restructuring-relaxation for the - treatment of speech anxiety. Behav. Ther., 1978, 9 , 248-59.
- FRIEDLER, D. y BEACH, L.R. On the decision to be asserti ve. J. Cons. Clin. Psych., 1978, 46, 537-46.
- FRIEDLING, C. y O'LEARY, S.G. The effects os self-instruc tional training on second- and third-grade hyperac--- tive childrens: A failure to replicate. J. Appl. Behav. Anal., 1979, 12.
- FRIEDMAN, P. The Effects of Modeling and Role Playing on Assertive Behavior. Universidad de Wisconsin, 1968. - Tesis Doctoral no publicada.

- FRIEDMAN, P. The effects of modeling and role playing on assertive behavior. En R. RUBIN, A. LAZARUS, H. ----- FENSTERHEIM y C. FRANKS (Eds.) Advances in Behavior - Therapy. N.Y., Academic, 1971.
- GAGNE, R. Problem solving. En A. MELTON (Ed.) Categories of Human Learning. N.Y., Academic Press, 1964.
- GALASSI, M.D. y GALASSI, J.P. The effects of role playing variations on the assessment of assertive behavior. - Behav. Ther., 1976, 7, 343-7.
- GALASSI, M.D. y GALASSI, J.P. Assert Yourself! How to Be Your Own Person. N.Y., Human Sciences Press, 1977 a.
- GALASSI, J.P. y GALASSI, M.D. Assessment procedures for - assertive behavior. En R.E. ALBERTI (Ed.) Assertive--ness. Innovations. Applications. Issues. San Luis --- Obispo (Cal.), Impact, 1977 b.
- GALASSI, J.P., GALASSI, M.D. y LITZ, M.C. Assertive training in groups using video feedback. J. Couns. Psych., 1974 a, 21, 390-4.
- GALASSI, J.P., DELO, J.S., GALASSI, M.D. y BASTIEN, S. --- The college self-expression scale: A measure of assertiveness. Behav. Ther., 1974 b, 5, 165-71.
- GAMBRILL, E.D. y RICHEY, C.A. An assertion inventory for - use in assessment and research. Behav. Ther., 1975, - 6, 550-61.
- GAY, M.L. HOLLADSWORTH, J.G. y GALASSI, J.P. An assertiveness inventory for adults. J. Couns. Psych., 1975, -- 22, 340-4.

- GIL, F. Entrenamiento en habilidades sociales. El procedi-
miento "eficacia personal" de Liberman. Rev. Psic. --
Gen. Apl., 1980, 35, 969-83.
- GIRODO, M. y ROEH, L. Cognitive preparation and coping --
self-talk: Anxiety management during the stress of --
flying. J. Cons. Clin. Psych., 1978, 46, 976-89.
- GLASS, C.R., GOTTMAN, J.M. y SHMURAK, S.H. Response acqui-
sition and cognitive self-statement modification ----
approaches to dating skills training. J. Couns. Psych.,
1976, 23, 520-6
- GLASGOW, R.E., ELY, R.O., BESYMER, J.K., GRESER, R.C. y --
ROKKE, P.D. Behavioral measures of assertiveness : -
A comparison of audio and audiovisual coding of ----
structured interactions. J. Behav. Ass., 1980, 2, ---
273-85.
- GLOGOWER, F.D., FREMOUW, W.J. y MCCROSKEY, J.C. A compo--
nent analysis of cognitive restructuring. Cognit. ---
Ther. Res., 1978, 2, 241-54.
- GOLDFRIED, M.R. Systematic desensitization as training in
self-control. J. Cons. Clin. Psych., 1971, 37, 228-34.
- GOLDFRIED, M.R. Anxiety reduction through cognitive-beha-
vioral intervention. En P. KENDALL y S.D. HOLLON ----
(Eds.) Cognitive-Behavioral Interventions: Theory, --
Research and Procedures. N.Y., Academic Press, 1979.
- GOLDFRIED, M.R. y DAIVSON, G.C. Clinical Behavior Thera--
py. N.Y., Holt, Rinehart & Winston, 1976.

- GOLDFRIED, R.M.; DECENTECO, E.T. y WEINBERG, L. Systematic - rational restructuring as a self-control technique. --- Behav. Ther., 1974, 5, 247-254.
- GOLDFRIED, M.R. y SOLOCINSKI, D. Effect of irrational ---- beliefs on emotional arousal. J. Cons. Clin. Psych., 1975, 43, 504-10.
- GOLDFRIED, M.R., LINEHAN, M.M. y SMITH, V.L. The reduction of test anxiety through rational restructuring. ----- J. Cons. Clin. Psych., 1978, 46, 32-9.
- GOLDSMITH, J.B. y MCFALL, R.M. Development and evaluation of an interpersonal skill-training program for psy---- chiatric inpatients. J. Abnorm. Psych., 1975, 84, 51-8.
- GOLDSTEIN, A.P., MARTENS, J., HUBBEN, J., VANBELLE, H.A., - SCHAAF, W., WIERSMAN, H. y GOEDHART, A. The use of --- modeling to increase independent behaviour. Behav. Res. Ther., 1973, 11, 31-42.
- GOREN, E. A Comparison of Systematic Desensitization and - Self-Instruction in the Treatment of Phobias. Universidad de Rutgers, 1975. Tesis Doctoral no publicada.
- GORMALLY, J., HILL, C.E., OTIS, M. y RAINEY, L. A micro--- training approach to assertion training. J. Couns. Psych., 1975, 22, 299-303.
- GRAHAM, D., LUNDY, R., BENJAMIN, L. y KABLER, F. Some ---- specific attitudes in initial research interviews with patients having different "psychosomatic diseases". --- Psych. Med., 1962, 24, 257-66.
- GUTRIDE, M.E., GOLDSTEIN, A.P. y HUNTER, G.F. The use of - modeling and role playing to increase social interaction among asocial psychiatric patients. J. Cons. Clin. Psych., 1973, 40, 408-15.

HAY, W.M., HAY, L.R., ANGLE, H.V. y NELSON, R.O. The reliability of problem identification in the behavioral interview. Behav. Ass., 1979, 1, 107-18.

HEIMBERG, R.E., MONTGOMERY, D., MADSEN, C.H y HEIMBERG, J.S. Assertion training: A review of the literature. ----- Behav. Ther., 1977, 8, 953-71.

HERSEN, M. Modification of skills deficits in psychiatric patients. En A.S. BELLACK y M. HERSEN (Eds.) Research and Practice in Social Skills Training. N.Y., Plenum, 1979.

HERSEN, M. y BELLACK, A.S. Assessment of social skills. - En A.R. CIMINERO, K.S. CALHOUN y H.E. ADAMS (Eds.) -- Handbook of Behavioral Assessment. N.Y., Wiley, 1977.

HERSEN, M., BELLACK, A.S. y TURNER, S.M. Assessment of -- assertiveness in female psychiatric patients: Motor -- and autonomic measures. J. Behav. Ther. Exp. Psych., - 1978, 9, 11-6

HERSEN, M., EISLER, R.M. y MILLER, P.M. Development of -- assertive responses: Clinical, measurement and re---- search considerations. Behav. Res. Ther., 1973 a, 11, 505-21. Tr. española: Entrenamiento en asertividad: - Medición clínica y consideración para la investiga--- ción. En R. ARDILA (Ed.) Terapia del Comportamiento. Bilbao, D.D.B., 1980.

HERSEN, M., EISLER, R.M. y MILLER, P.M. An experimental - analysis of generalization in assertive training. --- Behav. Res. Ther., 1974, 12, 295-310.

- HERSEN, M., EISLER, R.M., MILLER, P., JOHNSON, M. y -----
 PINKSTON, S. Effects of practice, instructions and
 modeling on components of assertive behavior. -----
Behav. Res. Ther., 1973 b., 11, 443-51.
- HESS, E.P., BRIDGWATER, C.A., BORNSTEIN, P.H. y SWEENEY, -
 T.M. Situational determinants in the perception of -
 assertiveness: gender-related influences. Behav. --
Ther., 1980, 11, 49-58.
- HEWES, D.D. On effective assertive behavior: A brief note.
Behav. Ther., 1975, 6, 269-71.
- HOLROYD, K.A. Cognition and desensitization in the group
 treatment of test anxiety. J. Cons. Clin. Psych., ----
 1976, 44, 991-1001.
- HOLROYD, K.A. y ANDRASIK, F. Coping and self-control of -
 chronic tension headache. J. Cons. Clin. Psych., 1978,
46, 1036-45.
- HOLROYD, K., ANDRASIK, F. y WESTBROOK, T. Cognitive -----
 control of tension headache. Cognit. Ther. Res., 1977,
1, 121-33.
- HOMME, L.E. Perspectives in psychology: XXIV. Control of
 coverants, the operants of the mind. Psych. Rec., ---
 1965, 15, 501-11.
- HOPKINS, J., KRAWITZ, G. y BELLACK, A.S. The effects of -
 situational variations in role-play scenes on asserti
 ve behavior. J. Behav. Ass., 1981, 3, 271-80.

- HORAN, J.J., HACKETT, G., BUCHANAN, J.D., STONE, C.I. y --
DEMCHIK-STONE, D. Coping with pain: A component analysis of stress inoculation. Cognit. Ther. Res., 1977, 1, 211-22.
- HOUSE, A.E. Naturalistic observation: Formal and informal difficulties. Child. St. J., 1978, 8, 17-28.
- HULL, D.B. y SCHROEDER, H.E. Some interpersonal effects - effects of assertion, nonassertion and aggression. -- Behav. Ther., 1979, 10, 20-8.
- HUSSAIN, R.A. y LAWRENCE, P.S. The reduction of test, ---- state and trait anxiety by test-specific and generaliz-
ed stress inoculation training. Cognit. Ther. Res., 1978, 2, 25-38.
- JACOB, T. Family interaction in disturbed and normal fa--
milies: A methodological and substantive review. ---- Psych. Bull., 1975, 82, 33-65.
- JACOBS, E.E. The Effects of a Systematic Learning Program for College Undergraduates Based on Rational-Emotive Concepts and Techniques. Florida State University, -- 1971. Tesis Doctoral no publicada.
- JACOBS, M.K. y COCHRAN, S.D. The effects of cognitive res-
tructuring on assertive behavior. Cognit. Ther. Res., 1982, 6 (1), 63-76.
- JAKUBOWSKI, P. Assertive behavior and clinical problems -
of women. En E.I. RAWLINGS y D.K. CARTER (Eds.) -----
Psychotherapy for women. Springfield (Ill.), Charles C. Thomas, 1977.

- JAKUBOWSKI, P. y WALLACE, G. Adult Assertion Scale. ----
Univ. de Missouri St. Louis, 1975. Manuscrito no --
publicado.
- JAKUBOWSKI-SPECTOR, P. Facilitating the growth of women -
through assertive training. Couns. Psych., 1973, 4, -
75-86.
- JANIS, I. Psychodynamic aspects of stress tolerance. ----
En S. KLAUSNER (Ed.) The Quest for Self-Control. ----
N.Y., Free Press, 1965.
- JENNI, M.A. y WOLLERSHEIM, J. Cognitive therapy, stress -
management training and the Type A behavior pattern.
Cognit. Ther. Res., 1979, 3, 61-74.
- JONES, R.R., REID, J.B. y PATTERSON, G.R. Naturalistic ---
observation in clinical assessment. En P. MCREYNOLDS-
(Ed.) Advances in Psychological Assessment. Vol. 3. -
San Francisco (Cal.), Jossey-Bass, 1975.
- KANFER, F.H. The maintenance of behavior by self-genera--
ted stimuli and reinforcement. En A. JACOBS y L.B. --
SACHS (eds.) The Psychology of Private Events: Pers--
pectives on Covert Response Systems. N.Y., Academic -
Press, 1971.
- KANFER, F.H. Self-management methods. En F.H. KANFER y ---
A.P. GOLDSTEIN (Eds.) Helping People Change. N.Y., --
Pergamon, 1975.

- KANFER, F.H., KAROLY, P. y NEWMAN, A. Reduction of children's fear of the dark by competence-related and situational threat-related verbal cues. J. Cons. Clin. Psych., 1975, 43, 251-8.
- KANTER, N.J. y GOLDFRIED, M.R. Relative effectiveness of rational restructuring and self-control desensitization in the reduction of interpersonal anxiety. ----- Behav. Ther., 1979, 10, 472-90.
- KARST, S. y TREXLER, L. An initial study using fixed role and rational-emotive therapies in treating public --- speaking anxiety. J. Cons. Clin. Psych., 1970, 34, -- 360-6.
- KAZDIN, A.E. Covert modeling and the reduction of avoidance behavior. J. Abnorm. Psych., 1973, 81, 87-95.
- KAZDIN, A.E. Effects of covert modeling and model reinforcement on assertive behavior. J. Abnorm. Psych., 1974, 83, 240-52.
- KAZDIN, A.E. Effects of covert modeling, multiple models and model reinforcement on assertive behavior. ----- Behav. Ther., 1976, 7, 211-22.
- KAZDIN, A.E. The separate and combined effects of covert modeling and over rehearsal in developing assertive - behavior. Behav. Res. Ther., 1982, 20, 17-25.
- KAZDIN, A.E. y MASCITELLI, S. Behavioral rehearsal self-- instructions and homework practice in developing ---- assertiveness. Behav. Ther., 1982, 13 (3), 346-60.

- KELLER, J., CROOKE, J. y BROOKING, J. Effects of a program in rational thinking on anxiety in older persons. --- J. Couns. Psych., 1975, 22, 54-7.
- KELLY, G.A. The Psychology of Personal Constructs. ----- N.Y., Norton, 1955.
- KELLY, J.A. y WORELL, J. New formulations of sex roles -- and androgyny: A critical review. J. Cons. Clin. Psych., 1977, 45, 1101-15.
- KELLY, J.A., KERN, J.M., KIRKLEY, B.G. y PATTERSON, J.N. - Reactions to assertive versus unassertive behavior: - Differential effects for males and females and implications for assertiveness training. Behav. Ther., --- 1980, 11, 670-82..
- KENDALL, P. y FINCH, A.J. A cognitive-behavioural treatment for impulsivity: A group comparison study. ----- J. Cons. Clin. Psych., 1978, 46, 110-8.
- KERN, J.M. Predicting the impact of assertive, empathic-- assertive, anal nonassertive behavior: The asserti--- veness of the assertees. Behav. Ther., 1982, 13, 486-- 98.
- KING, L.W., LIBERMAN, R.P. y BRYAN, R.J. Personal affect-- tiveness: A structured therapy for improving social - and emotional skills. Eur. J. Behav. Anal. Mod., 1977, 2, 82-91.
- KLASS, E.T. A cognitive analysis of guilt over assertion. Cognit. Ther. Res., 1981, 5 (3), 283-97.

- KOPEL, S. y ARKOWITZ, H. The role of attribution and self perception in behavior change: Implications for behavior therapy. Gen. Psych. Mon., 1975, 92, 175-212.
- LAKE, A., RAINEY, J. y PAPSDDORF, J.D. Biofeedback and --- rational-emotive therapy in the management of migraine headache. J. Appl. Behav. Anal., 1979, 12, 127-40.
- LANGE, A. y JAKUBOWSKI, P. Responsible Assertion Training. Champaign (Ill.), Research Press, 1976.
- LAPOINTE, K.A. y HARRELL, T.H. Thoughts and feelings: --- Correlational relationships and cross-situational --- consistency. Cognit. Ther. Res., 1978, 2, 311-22.
- LAZARUS, A.A. Behavior Therapy and Beyond. N.Y., McGraw--Hill, 1971. Tr. española: Terapia Conductista. Terapia y Perspectivas. Buenos Aires, Paidós, 1981.
- LEFCOURT, H.M. Locus of Control. Hillsdale (N.J.), Lawrence Erlbaum Associates, 1976.
- LIBERMAN, R.P., KING, L., DERISI, W.J. y MCCANN, M. ----- Personal Affectiveness. Champaign (Ill.), Research -- Press, 1975.
- LIBET, J. y LEWINSOHN, P.M. Concep of social skill with - special reference to the behavior of depressed per-- sons. J. Cons. Clin. Psych., 1973, 40, 304-12.
- LINEHAN, M.M. Structured cognitive-behavioral treatment - of assertion problems. En P.C. KENDALL y S.P. HOLLON (Eds.) Cognitive-Behavioral Interventions. N.Y., ---- Academic, 1979.

- LINEHAN, M.M. y EGAN, K.J. Assertion training for women.
En A.S. BELLACK y M. HERSEN (Eds.) Research and -----
Practice in Social Skills Training. N.Y., Plenum, 1979.
- LINEHAN, M.M., GOLDFRIED, M.R. y GOLDFRIED, A.P. Assertion
therapy: Skill training or cognitive restructuring. -
Behav. Ther., 1979, 10, 372-88.
- LINEHAN, M.M., WALKER, R.O., BRONHEIM, S., HAYNES, K.F. y
YEVZEROFF, N. Group vs. individual assertion training.
J. Cons. Clin. Psych., 1980.
- LOMONT, J.R., GILNER, F.H., SPECTOR, N.J. y SKINNER, K.K.
Group assertion training and group insight therapies.
Psych. Rep., 1969, 25, 463-70.
- LURIA, A. The Role of Speech in the Regulation of Normal
and Abnormal Behavior. N.Y., Liveright, 1961.
- MAES, W. y HEINEMAN, R. The Comparison of Three Approaches
to the Reduction of Test Anxiety in High School -----
Students. Arizona, State University, 1970. Manuscrito
no publicado.
- MAHONEY, M.J. Cognition and Behavior Modification.-----
Cambridge (Mass.), Ballinger, 1974.
- MAHONEY, M.J. Personal science: A cognitive learning ----
therapy. En A. ELLIS y R. GRIEGER (Eds.) Handbook of
Rational Psychotherapy. N.Y., Springer, 1977. Tr. es--
pañol: Ciencia personal: Una terapia cognitiva del -
aprendizaje. En A. ELLIS y R. GRIEGER (Eds.) Manual -
de la T.R.E. Bilbao, D.D.B., 1981.

- MAHONEY, M.J. y ARNKOFF, D. Cognitive and self-control -
therapies. En S.L. GARFIELD y A.E. BERGIN (Eds.) ----
Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An ---
Empirical Analysis. 2nd. ed. N.Y., Wiley, 1978.
- MAHONEY, M.J. y MAHONEY, K. Permanent Weight Control. ---
N.Y., W.W. Norton, 1976 a.
- MAHONEY, M.J. y MAHONEY, K. Treatment of obesity: A clini-
cal exploration. En B.J. WILLIAMS, S. MARTIN y J.P. --
FOREYT (Eds.) Obesity: Behavioral Approaches to Dieta-
ry Management. N.Y., Brunner/Mazel, 1976 b.
- MARGOLIN, G. y WEISS, R.L. Comparative evaluation of ----
therapeutic components associated with behavioral ---
marital treatments. J. Cons. Clin. Psych., 1978, 46,
1476-86.
- MARGOLIS, R.B. y SHERBERG, K.M. Cognitive self-instruc---
tion in process and reactive schizophrenics: A failu-
re to replicate. Behav. Ther., 1976, 7, 668-71.
- MAY, J.R. Psychophysiology of self-regulated phobic -----
thoughts. Behav. Ther., 1977, 8, 150-9.
- MCFALL, R.M. A review and reformulation of the concept of
social skill. Behav. Ass., 1982, 4, 1-33.
- MCFALL, R.M. y LILLESAND, D.B. Behavioral Rehearsal with
Modeling and Coaching in Assertive Training: Assess--
ment and Training Stimuli. Manuscrito no publicado.
1970.

- MCFALL, R.M. y LILLESAND, D.B. Behavior rehearsal with -- modeling and coaching in assertion training. -----
J. Abnorm. Psych., 1971, 77, 313-23.
- MCFALL, R.M. y MARSTON, A. An experimental investigation of behavioral rehearsal in assertive training. -----
J. Abnorm. Psych., 1970, 76, 295-303.
- MCFALL, R.M. y TWENTYMAN, C.T. Four experiments on the --- relative contributors of rehearsal, modeling and --- coaching on assertion training. J. Abnorm. Psych., -- 1973, 81, 199-218.
- MCKINNEY, J. A Development Study of the Effects of Hypothesis Verbalizations and Memory Load on Concept Attainment. Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, 1973. Manuscrito no publicado.
- MEICHENBAUM, D. The effects of instructions and reinforcement on thinking and language behaviors of schizophrenics. Behav. Res. Ther., 1969, 7, 101-14.
- MEICHENBAUM, D. The Nature and Modification of Impulsive Children. Minneapolis, 1971 a. Paper presented at --- the Society for Research in Child Development.
- MEICHENBAUM, D. Examination of model characteristics in -- reducing avoidance behavior. J. Pers. Soc. Psych., -- 1971 b., 17, 298-307.
- MEICHENBAUM, D. Cognitive modification of test anxious -- college students. J. Cons. Clin. Psych., 1972 a., 39, 370-80.

- MEICHENBAUM, D. Ways of modifying what clients say to --- themselves: A marriage of behavior therapies and ---- rational-emotive therapy. Rat. Liv., 1972 b, 7, 23-7.
- MEICHENBAUM, D. Cognitive factors in behavior modifica--- tion: Modifying what clients say to themselves. ----- En C.M. FRANKS y G.T. WILSON (Eds.) Annual Review of Behavior Therapy Theory & Practice. Vol. I. N.Y., -- Brunner/Mazel, 1973 a.
- MEICHENBAUM, D. Therapist manual for cognitive behavior - modification. J. Cons. Clin. Psych., 1973 b, 39, ---- 37a-8a.
- MEICHENBAUM, D. Cognitive Behavior Modification. ----- Morristown (N.J.), General Learning Press, 1974.
- MEICHENBAUM, D. Enhancing creativity by modifying what -- subjects say to themselves. Amer. Edw Res. J., 1975 a, 12 (2), 129-45.
- MEICHENBAUM, D. Self-instructional methods. En F.H. ----- KANFER y A.P. GOLDSTEIN (Eds.) Helping People Change. N.Y., Pergamon Press, 1975 b.
- MEICHENBAUM, D. A self-instructional approach to stress - management: A proposal for stress inoculation training. En I. SARASON y C.D. SPIELBERG (Eds.) Stress and ---- Anxiety. Vol. 2. N.Y., Wiley, 1975 c.
- MEICHENBAUM, D. Cognitive-Behavior Modification. An ----- Integrative Approach. N.Y., Plenum Press, 1977.

- MEICHENBAUM, D. Una perspectiva cognitivo-comportamental del proceso de socialización. Anal. Modif. Conducta., 1981, 7, 85-113.
- MEICHENBAUM, D. y ASARNOW, J. Cognitive behavior modification and metacognitive development: implications -- for the classroom. En P. KENDALL y S. HOLLON (Eds.) - Theory Research and Procedures. N.Y., Academic Press, 1979.
- MEICHENBAUM, D. y CAMERON, R. Training schizophrenics to talk to themselves: A means of developing attentional controls. Behav. Ther., 1973, 4, 515-34.
- MEICHENBAUM, D. y GOODMAN, J. The developmental control - of operant motor responding by verbal operants. ---- J. Exp. Child. Psych., 1969 a, 7, 553-65.
- MEICHENBAUM, D. y GOODMAN, J. Reflection-impulsivity and verbal control of motor behavior. Child. Dev., 1969 b, 40, 785-97.
- MEICHENBAUM, D. y GOODMAN, J. Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. J. Abnorm. Psych., 1971, 77, 115-26. Tr. española: Entrenar a niños impulsivos a hablarse a sí mismos: un método para desarrollar el auto-control. ---- En A. ELLIS y R. GRIEGER (Eds.) Manual de T.R.-E. -- Bilbao, D.D.B., 1981.

- MEICHENBAUM, D. y TURK, D. The cognitive-behavioral ----
management of anxiety, anger and pain. En P.O. -----
DAVIDSON (Ed.) The Behavioral Management of Anxiety,
Depression and Pain. N.Y., Brunner/Mazel, 1976.
- MEICHENBAUM, D., GILMORE, J. y FEDORAVICIUS, A. Group ---
insight vs. group desensitization in treating speech
anxiety. J. Cons. Clin. Psych., 1971, 36, 410-21.
- MEICHENBAUM, D., BURLANDS, S., GRUSON, L. y CAMERON, R. --
Metacognitive assessment. En S. Yussen's (Ed.) Growth
of Insight. N.Y., Academic Press, 1981.
- MELNICK, F. y STOCKER, R.B. An experimental analysis of -
the behavior rehearsal with feedback technique in ---
assertiveness training. Behav. Ther., 1977, 8, 222-8.
- MISCHEL, W. Toward a cognitive social learning reconcep--
tualization of personality. Psych. Rev., 1973, 80, --
252-83.
- MOLESKI, R. y TOSI, D.J. Comparative psychotherapy: -----
rational-emotive therapy versus systematic desensiti-
zation in the treatment of stuttering. J. Cons. Clin.
Psych., 1976, 44, 300-11.
- MONTGOMERY, A. Comparison of the Effectiveness of Syste---
matic Desensitization Rational-Emotive Therapy -----
Implosive Therapy and no Therapy, in Reducing Test -
Anxiety in College Students. Washington University, -
1971. Tesis Doctoral no publicada.

- NELSON, R.D. Methodological issues in assessment via --- self-monitoring. En J.D. CONE y R.P. HAWKINS (Eds.) - Behavior Assessment. N.Y., Brunner/Mazel, 1977.
- NELSON, W.J. y BIRKIMER, J.C. Role of self-instruction - and self-reinforcement in the modification of im- pulsivity. J. Cons. Clin. Psych., 1978, 46, 183-4.
- NOVACO, R.W. Treatment of chronic anger through cognitive and relaxation controls. J. Cons. Clin. Psych., 1976, 44, 681.
- OSARCHUK, M. A Comparison of a Cognitive, a Behavior ---- Therapy and a Cognitive Plus Behavior Therapy ----- Treatment of Test Anxious College Students. Adelphi - University, 1974. Tesis Doctoral no publicada.
- PHELPS, S. y AUSTIN, N. The Assertive Woman. S. Luis ---- Obispo (Cal.), Impact, 1975.
- RACHMAN, S.J. y WILSON, G.T. (Eds.) The Effects of ----- Psychological Therapy. 2nd. anl. ed. N.Y., Pergamon, 1980.
- RATHUS, S.A. An experimental investigation of assertive - training in a group setting. J. Behav. Ther. Exp. --- Psych., 1972, 3, 81-6.
- RATHUS, S.A. A 30-items schedule for assessing assertive behavior. Behav. Ther., 1973 a, 4, 398-406. Tr. espa- ñola: Un inventario de 30 items para evaluar el com- portamiento asertivo. En R. ARDILA (Ed.) Terapia del Comportamiento. Bilbao, D.D.B., 1980.

- RATHUS, S.A. Instigation of assertive behavior through -- videotaped-mediated assertive models and directed --- practice. Behav. Res. Ther., 1973 b, 11, 57-65.
- RICH, A.R. y SCHROEDER, H.E. Research issues in assertive ness training. Psych. Bull., 1976, 83, 1681-96.
- RIMM, D.C. y LITVAK, S.B. Self-verbalization and ----- emotional arousal. J. Abnorm. Psych., 1969, 32, 565-74.
- RIMM, D., HILL, G., BROWN, N. y STUART, J. Group assertive training in treatment of expression of inappropriate anger. Psych. Rep., 1974, 34, 791-8.
- ROBIN, A.L., ARMEL, S. y O'LEARY, K.D. The effects of --- self-instruction on writing deficiencies. Behav. Ther., 1975, 6, 178-87.
- ROGERS, T. y CRAIGHEAD, W.E. Physiological responses to - self-statements: The effects of statement balance -- and discrepancy. Cognit. Ther. Res., 1977, 1, 99-120.
- ROTTER, J.B. Social Learning and Clinical Psychology. --- Englewood Cliffs (N.J.), Prentice-Hall, 1954.
- ROTTER, J.B., CHANCE, J.E. y PHARES, E.J. (Eds.) ----- Applications of a Social Learning Theory of Perso--- nelity. N.Y., Holt, Rinehart & Winston, 1972.
- SALTER, A. Conditioned Reflex Therapy. N.Y., Capricorn, - 1949.
- SARASON, I. Test anxiety and cognitive modeling. ----- J. Pers. Soc. Psych., 1973, 28, 58-61.

- SCHINKE, S.P. y ROSE, S.O. Interpersonal skill training -
in groups. J. Couns. Psych., 1976, 23, 442-8.
- SCHWARTZ, R.M. y GOTTMAN, J.M. A task analysis approach -
to clinical problems: A study of assertive behavior.
J. Cons. Clin. Psych., 1976 a, 44, 910-20.
- SCHWARTZ, R.M. y GOTTMAN, J.M. Toward a task analysis of -
assertive behavior. J. Cons. Clin. Psych., 1976 b, --
83, 1081-96.
- SELIGMAN, M.E.P. Helplessness. San Francisco, W. H. -----
Freedman, 1975. Tr. española: Indefensión. Madrid, --
Debate, 1981.
- SNYDER, J.J. y WHITE, M.J. The use of cognitive self- ---
instruction in the treatment of behaviorally disturbed
adolescents. Behav. Ther., 1979, 10, 227-35.
- SPENCE, J.T. y HELMREICH, R. Who likes competent women? -
Competence, sex-role congruence of interest and -----
subject's attitudes toward women as determinants of -
interpersonal attraction. J. Appl. Soc. Psych., 1972,
2, 197-213.
- SPIVACK, G. y SHURE, M.B. Social Adjustment of Young -----
Children: A Cognitive Approach to Solving Real-Life -
Problems. San Francisco, Jossey-Bass, 1974.
- SPIVACK, G, PLATT, J.J. y SHURE, M.D. The Problem-Solving
Approach to Adjustment. San Francisco, Jossey-Bass,
1976.

- STEELE, K. y BARLING, J. Self-Instruction and Learning -- Disabilities: Maintenance, Generalization and Subject Characteristics. Universidad de Witwatersrand, ---- Johannesburg (South Africa), 1979. Manuscrito no publicado.
- STRAATMEYER, A.M. y WATKINS, J.T. Rational-emotive therapy and the reduction of speech anxiety. Rat. Liv., 1974, 9, 33-7.
- SUINN, R.M. y RICHARDSON, F. Anxiety management training: A nonspecific behavior therapy program for anxiety -- control. Behav. Ther., 1971, 2, 498-510.
- THORESEN, C.E. y MAHONEY, M.J. Behavioral Self-Control. - N.Y., Holt, Rinehart & Winston, 1974. Tr. española: - Autocontrol de la Conducta. México, Fondo de Cultura Económica, 1981.
- THORPE, G.L. Desensitization, behavior rehearsal, self- - instructional training and placebo effects on ---- assertive-refusal behavior. Eur. J. Behav. Anal. Mod., 1975, 1, 30-44.
- TIEGERMAN, S. Effects of Assertive Training and Cognitive Components of Rational Therapy on the Promotion of -- Assertive Behavior and the Reduction of Interpersonal Anxiety. Hofstra University (N.Y), 1975. Tesis Doctoral no publicada.
- TREXLER, L.D. y KARST, T.O. Rational-emotive therapy, --- placebo and no-treatment effects on public speaking - anxiety. J. Abnorm. Psych., 1972, 79, 60-7.

- TROWER, P., BRYANT, B. y ARGYLE, M. Social Skills and --- Mental Health. London, Methuen, 1978.
- TURNER, S.M. y ADAMS, H.E. Effects of assertive training on three dimensions of assertiveness. Behav. Res. --- Ther., 1977, 15, 475-83.
- VAAL, J.J. y MCCULLAGH, J. The Rathus assertiveness ----- schedule: Reliability at the junior high school level. Behav. Res. Ther., 1975, 6, 566-7.
- VANHASSEL, V.B., HERSEN, M. WHITEHILL, M.B. y BELLACK, A.S. Social skill assessment and training for children : - an evaluative review. Behav. Res. Ther., 1979, 17, -- 413-37.
- VYGOTSKY, L.S. Thought and Language. N.Y., John Wiley, -- 1962. Tr. española: Pensamiento y Lenguaje. Buenos -- Aires, La Pleyade, 1977.
- WEIN, K.S., NELSON, R.O. y ODOM, J.V. The relative contri butions of reattribution and verbal extinction to the effectiveness of cognitive restructuring. Behav. Ther., 1975, 6, 459-74.
- WEINMAN, B. GELBERT, P., WALLACE, M. y POST, M. Inducing assertive behavior in chronic schizophrenics: A ----- comparison of socio-environmental, desensitization -- and relaxation therapies. J. Cons. Clin. Psych., 1972, 39, 246-52.

- WEISS, R.L. Operant conditioning techniques in psychological assessment. En P. MCREYNOLDS (Ed.) Advances in Psychological Assessment. Palo Alto (Cal.), Science & Behavior, 1968.
- WEISSBERG, M. A comparison of direct and vicarious --- treatment of speech anxiety: Desensitization, ----- desensitization and coping imagery and cognitive --- modification. Behav. Ther., 1977, 8, 606-20.
- WHEELIS, A. How people change. Commentary, 1969, May, 56-66.
- WILSON, G.T. y O'LEARY, K.D. Principles of Behavior Therapy. Englewood Cliffs (N.J.), Prentice-Hall, --- 1980.
- WINE, J. Investigations of Attentional Interpretations of Test Anxiety. University of Waterloo, 1970. Tesis --- Doctoral no publicada.
- WOLFE, J.L. y FODER, I.G. Modifying assertive behavior in women: A comparison of three approaches. Behav. Ther., 1977, 8, 567-74.
- WOLPE, J. Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford (Cal.), Stanford University Press, 1958. Tr. española: Psicoterapia por Inhibición Recíproca. Bilbao, -- D.D.B., 1975.
- WOLPE, J. The Practice of Behavior Therapy. 3rd. ed. ----- N.Y., Pergamon, 1973. Tr. española: Práctica de la Terapi de la Conducta. México, Trillas, 1979.

- WOLPE, J. y LAZARUS, A. Behavior Therapy Techniques: A ---
Guide to the Treatment of Neuroses. N.Y., Pergamon, -
1966.
- WOOD, M.A. Structured Learning, Identical Elements and --
Subject Differences in Assertive Behavior Training --
with Adolescents. Manuscrito no publicado, 1978.
- WOOLFOLK, R.L. y DEVER, S. Perceptions of assertion: An -
empirical analysis. Behav. Ther., 1979, 10, 404-11.
- YOUNG, E.R., RIMM, D.C. y KENNEDY, T.D. An experimental -
investigation of modeling and verbal reinforcement in
the modification of assertive behavior. Behav. Res.--
Ther., 1973, 11, 317-9.

Lista de Abreviaturas utilizadas en la Bibliografía.

Amer. Ed. Res. J. American Educational Research Journal.

Anal. Modif. Conducta. Análisis y Modificación de
Conducta.

Arch. Gen. Psych. Archives of General Psychiatry.

Behav. Ass. Behavioral Assessment.

Behav. Res. Ther. Behaviour Research and Therapy.

Behav. Ther. Behavior Therapy.

Brit. J. Educ. Psych. British Journal of Educational
Psychology.

Child. Dev. Child Development.

Child St. J. Child Study Journal.

Clin. Behav. Ther. Clinical Behavior Therapy.

Cognit. Ther. Res. Cognitive Therapy and Research.

Commentary. Commentary.

Couns. Psych. Counseling Psychologist.

Eur. J. Behav. Anal. Mod. European Journal of Behavioural
Analysis and Modification.

Gen. Psych. Mon. Genetic Psychology Monographs.

Int. J. Psych. International Journal of Psychotherapy.

J. Abnorm. Child. Psych. Journal of Abnormal Child
Psychology.

J. Abnorm. Psych. Journal of Abnormal Psychology.

J. Appl. Behav. Anal. Journal of Applied Behavior
Analysis.

J. Appl. Behav. Sc. Journal of Applied Behavioral
Science.

J. Appl. Soc. Psych. Journal of Applied Social
Psychology.

J. Behav. Ass. Journal of Behavioral Assessment.

J. Behav. Ther. Exp. Psych. Journal of Behavior Therapy
and Experimental Psychiatry.

J. Clin. Psych. Journal of Clinical Psychology.

J. Cons. Clin. Psych. Journal of Consulting and Clinical
Psychology.

J. Couns. Psych. Journal of Counseling Psychology.

J. Exp. Child. Psych. Journal of Experimental Child
Psychology.

J. Nerv. Ment. Dis. Journal of Nervous and Mental
Disease.

J. Pers. Soc. Psych. Journal of Personality and Social Psychology.

J. Sch. Psych. Journal of School Psychology.

J. Soc. Iss. Journal of Social Issues.

Psych. Bull. Psychological Bulletin.

Psych. Med. Psychosomatic Medicine.

Psych. Rec. Psychological Record.

Psych. Rep. Psychological Reports.

Psych. Rev. Psychological Review.

Rat. Liv. Rational Living.

Rev. Psic. Gral. Apl. Revista de Psicología General y Aplicada.

S. Rol. Sex Roles.

410

4.- APENDICE A.

Rathus Assertiveness ScheduleInstrucciones:

Indique en que grado le caracteriza o describe cada una de las siguientes afirmaciones, utilizando el código siguiente:

- + 3= Muy característico mío, extremadamente descriptivo
- + 2= Bastante característico mío, bastante descriptivo
- + 1= Un poco característico mío, un poco descriptivo
- 1= Un poco opuesto a mis características, un poco opuesto a mi descripción
- 2= Bastante opuesto a mis características, bastante opuesto a mi descripción
- 3= Muy opuesto a mis características, muy opuesto a mi descripción

- _____ 1. La mayor parte de las personas parecen ser más agresivas y asertivas de lo que yo soy.
- _____ 2. He dudado en concertar citas o aceptar citas por causa de "timidez".
- _____ 3. Cuando la comida que me sirven en un restaurante no está hecha como yo la he pedido me quejo al camarero o a la camarera.
- _____ 4. Tengo cuidado para evitar herir los sentimientos de otras personas, aún cuando siento que he sido injuriado.
- _____ 5. Si un vendedor me causa una considerable molestia al mostrarme una mercancía que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle "No".
- _____ 6. Cuando se me pide hacer algo insisto en conocer por qué.
- _____ 7. Hay veces que busco una discusión fuerte.
- _____ 8. Luchó para progresar como la mayor parte de la gente en mi situación.

- _____ 9. Por ser honesto la gente se aprovecha de mi.
- _____ 10. Me gusta iniciar conversaciones con nuevos conocidos y extraños.
- _____ 11. A veces no se que decir a personas atractivas del sexo opuesto.
- _____ 12. Titubeo al hacer llamadas telefónicas a establecimientos comerciales o instituciones.
- _____ 13. Para obtener un trabajo o para la admisión en una empresa preferiría escribirles cartas a pasar por entrevistas personales.
- _____ 14. Encuentro vergonzoso devolver mercancía.
- _____ 15. Si un pariente cercano y respetable me molestara, escondería mis sentimientos antes de expresar mi enfado.
- _____ 16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer estúpido.
- _____ 17. Durante una discusión algunas veces tengo miedo de coger tal enfado que me haga temblar completamente.
- _____ 18. Si un conferenciante famoso y respetado hace una manifestación que yo creo que es incorrecta, haré oír a la audiencia mi punto de vista también.
- _____ 19. Evito discutir sobre precios con viajantes y dependientes.
- _____ 20. Cuando he terminado algo importante o que vale la pena, trato de hacérselo saber a los demás.
- _____ 21. Soy abierto y franco respecto a mis sentimientos.
- _____ 22. Si alguien ha propagado historias falsas y perjudiciales para mi, le voy a ver tan pronto como sea posible para "tener una charla" sobre ello.
- _____ 23. Con frecuencia paso un mal rato si tengo que decir "No".
- _____ 24. Tiendo a ocultar mis emociones antes de hacer una escena.

- _____ 25. Me quejo de un mal servicio en un restaurante y en otras partes.
- _____ 26. Cuando tengo que hacer algún cumplido, a veces, en ese momento no se que decir.
- _____ 27. Si en un teatro o en una conferencia una pareja cerca de mí estuviera hablando en voz alta, les pediría que se callaran o que fueran a hablar a otra parte.
- _____ 28. Si alguien intenta ponerse delante de mí en una cola, está expuesto a un enfrentamiento.
- _____ 29. Expreso rápidamente mi opinión.
- _____ 30. Hay veces que no puedo decir nada.

Inventario de Aserción

E.D. Gambrill y C.A. Richey

Instrucciones:

Muchas personas tienen dificultad para actuar en situaciones interpersonales en las que se requiere alguna forma de autoafirmación; por ejemplo, decir que no a una petición, pedir un favor, decir un cumplido, expresar aprobación o desaprobación etc. Por favor, indique el grado de malestar o ansiedad que le produce la situación en el espacio que hay antes de cada una de las frases enumeradas más abajo. Utilice la siguiente escala para indicar su grado de malestar:

- 1= Ninguno
- 2= Un poco
- 3= Bastante
- 4= Mucho
- 5= Muchísimo

Luego, vuelva a leer la lista e indique, después de cada frase, la probabilidad o la semejanza de su conducta con la situación presentada, si es que hay alguna. (Es importante que tape las calificaciones dadas para el grado de malestar mientras indica la probabilidad de la respuesta. De otro modo, una calificación se vería influida por la otra y es probable que no se lleve a cabo una evaluación real de su conducta). Por ejemplo, si usted raramente pide perdón cuando ha cometido una falta, debería marcar un "4" después de este ítem. Utilice la siguiente escala para indicar la probabilidad de respuesta:

- 1= Siempre lo hago
- 2= Lo hago con frecuencia
- 3= Lo hago, aproximadamente, la mitad de las veces
- 4= Lo hago raramente
- 5= Nunca lo hago

Grado de malestar	Situación	Prob. de respuesta
_____	1. Decir que no a alguien que le pide prestado su coche.	_____
_____	2. Felicitar a un amigo.	_____
_____	3. Pedir un favor a alguien.	_____
_____	4. Resistir la presión para que compre algo.	_____
_____	5. Pedir perdón cuando ha cometido una falta.	_____
_____	6. Decir que no a la petición de una cita.	_____
_____	7. Admitir el miedo y pedir consideración.	_____
_____	8. Decir a una persona que ud. está muy afectado por algo que ella hace o dice que le está molestando.	_____
_____	9. Pedir aumento de sueldo.	_____
_____	10. Admitir ignorancia en algunas áreas.	_____
_____	11. Decir que no a alguien que le pide dinero prestado.	_____
_____	12. Hacer preguntas personales.	_____
_____	13. "Cortar" a un amigo que habla mucho.	_____
_____	14. Pedir críticas constructivas.	_____
_____	15. Iniciar una conversación con un extraño.	_____
_____	16. Hacer un cumplido a una persona con la que está sentimentalmente implicado o en la que está interesado.	_____
_____	17. Pedirle a alguien una cita.	_____
_____	18. Su petición inicial para una reunión ha sido rechazada y ud. vuelve a solicitarla más tarde.	_____
_____	19. Admitir confusión respecto a un punto que se está tratando y pedir clarificación respecto al mismo.	_____
_____	20. Pedir un empleo.	_____

Grado de malestar	Situación	Prob. de respuesta
_____	21. Preguntar si ha ofendido a alguien.	_____
_____	22. Decirle a alguien que le cae bien.	_____
_____	23. Exigir el servicio pedido cuando no está en orden. (Ej. en un restau- ran- te)	_____
_____	24. Devolver algo que haya salido defec- tuoso.	_____
_____	25. Hablar abiertamente con la persona que critica su conducta.	_____
_____	26. Expresar una opinión que difiera de la de la persona que está hablando.	_____
_____	27. Resistir iniciativas de tipo sexual cuando no está interesado.	_____
_____	28. Hablar con una persona cuando ud. piensa que ha hecho algo que es in- justo para ud.	_____
_____	29. Aceptar una cita.	_____
_____	30. Hacer partícipe a alguien de sus buenas noticias.	_____
_____	31. Resistir presiones para beber.	_____
_____	32. Resistir la petición injusta de al- guna persona importante.	_____
_____	33. Dejar un empleo.	_____
_____	34. Resistir la presión para contactar con alguien.	_____
_____	35. Tratar abiertamente con una persona la crítica que ella hace a su traba- jo.	_____
_____	36. Pedir que le devuelvan algo que tie- ne prestado.	_____
_____	37. Recibir cumplidos.	_____
_____	38. Continuar hablando con alguien que no está de acuerdo con ud.	_____
_____	39. Decirle a un amigo o compañero de trabajo que está haciendo algo que le molesta.	_____

Grado de malestar	Situación	Prob. de respuesta
----------------------	-----------	-----------------------

_____	40. Pedirle a alguien que le está molestando en público que se calle.	_____
-------	---	-------

"Al final por favor, indique las situaciones en las que le gustaría actuar de forma más asertiva poniendo un círculo en su ítem correspondiente".

Fig. 2.3.3-1: Hoja de registro de las conductas objeto de observación

Nombre:

Fecha:

Sesión:

Observador:

	Situaciones		
	1	2	3
1. Contacto de los ojos			
2. Postura			
3. Distancia física			
4. Habla fluida			
5. Inflexión de voz			
6. Volumen de voz			
7. Uso de las manos			
8. Expresividad de la cara			
9. Se tapa la boca con la mano			
10. Se toca el pelo con la mano			
11. Se arregla la ropa			
12. Se retuerce las manos			
13. Juega con algo			
14. Emite risitas			

Prueba de discriminación entre conductas asertivas,
no asertivas y agresivas.

Situación

Respuesta

- | | |
|--|--|
| 1. Una amiga te ha pedido, por segunda vez en una semana, que cuides a su hijo mientras hace unos recados. Tú no tienes niños y respondes: | Te estás aprovechando de mí y no pienso pasar por ello. Es tu responsabilidad cuidar a tu hijo. |
| 2. Se está fijando la hora para la realización de un seminario en el que estás muy interesado en participar. Las horas fijadas son buenas para las otras personas pero no para ti, ya que te será imposible asistir regularmente. Cuando te preguntan sobre el horario que se está fijando, dices: | Me parece bien. No me es posible asistir regularmente pero como a los demás les viene bien este horario, me parece bien. |
| 3. Has estado hablando por teléfono con una amiga durante un rato. Te gustaría terminar la conversación y dices: | Lo siento mucho pero se me está quemando la cena y tengo que colgar. Espero que no te parezca mal. |
| 4. En una reunión una persona te interrumpe a menudo cuando estás hablando. Le dices: | Perdone. Me gustaría terminar lo que quiero decir. |
| 5. Los vecinos del piso de arriba están haciendo mucho ruido. Golpeas en el techo y gritas: | !Eh, uds. Dejen ya de hacer ruido! |

Situación

6. Un amigo se comprometió a asistir a una reunión importante y no fue. Le llamas y después de unos minutos de conversación social, le dices:
7. Una buena amiga te llama y te pide que participes en una mesa de recogida de fondos para la Cruz Roja. Tú no quieres ir y le dices:
8. Pertenece a un equipo de profesores pero tú estás llevando a cabo toda la planificación, el contactar y evaluar a los alumnos. Les dices:
9. Un amigo te propone salir con él el sábado por la noche. Has salido con él otras veces y no estás interesada en volverlo a hacer. Le respondes:
10. Estás guardando una cola para comprar. Alguien que está detrás de ti pretende comprar antes que tú y le dices:

Respuesta

Pensaba que ibas a ir a la reunión pero no fuiste. Sentí que no estuvieras. ¿Que te pasó?

Sabes que mi marido se pondrá furioso si te dijera que sí. El dice que estoy siempre metida en demasiadas cosas. Ya sabes como es él.

Se supone que somos un equipo y observo que yo estoy haciendo todo el trabajo. Me gustaría que hablásemos sobre cómo podríamos cambiar esto.

Realmente estoy tan ocupada este fin de semana que creo que no voy a tener tiempo de verte este sábado por la noche.

Me doy cuenta que no quiero esperar la cola pero yo estaba aquí primero y también me gustaría salir pronto.

Situación

11. Un padre está hablando por teléfono con un hijo casado y le dice que le gustaría que viniera a visitarle. Cuando su hijo, con educación, le dice que no, el padre contesta:
12. Tu compañero de habitación deja el cuarto hecho un desastre. Le dices:
13. Está molestándote una música muy alta del piso de arriba. Les llamas por teléfono y dices:
14. Un amigo te pide prestadas, a menudo, pequeñas cantidades de dinero y no te las devuelve a menos que se las pidas. Te pide de nuevo un pequeño préstamo que no quieres hacerle. Le dices:
15. Estás esperando la cola de la fotocopidora cuando un compañero, que te pide a menudo que le hagas sus fotocopias, te pregunta qué estás haciendo. Le dices:

Respuesta

- Tú nunca estás disponible cuando te necesito. Sólo piensas en ti.
- Eres un desastre y nuestro cuarto es un desastre.
- Hola. Vivo en el piso de abajo. Su música está alta y me molesta. ¿Podría, por favor, bajarla?
- Lo siento. Solamente tengo dinero para pagar la comida de hoy.
- Pues verás, estoy esperando el autobús. ¿Tú que crees que hago?

422

5.- APENDICE 8.

Tabla 2.4.1.1.2.-3 : Fiabilidad inter-observadores en el pre-tratamiento. Prueba producto-momento de Pearson.

Variables			Observadores		
			1-2	1-3	2-3
1	Contacto de los ojos	1.1	.8256	.8305	.9080
		1.2	.8576	.8088	.8228
		1.3	.8960	.9681	.9222
2	Postura	2.1	.7858	.7965	.9018
		2.2	.9054	.9541	.8510
		2.3	.8321	.9608	.8694
3	Distancia física	3.1	.6089	.7338	.8712
		3.2	.7947	.6743	.8485
		3.3	.7338	.8712	.8220
4	Habla fluida	4.1	.7676	.9151	.8536
		4.2	.8697	.8257	.9437
		4.3	.9242	.8051	.7840
5	Inflexión de voz	5.1	.7653	.9042	.8464
		5.2	.9151	.7697	.7502
		5.3	.9129	.9544	.9553
6	Volumen de voz	6.1	.7565	.5130	.7565
		6.2	.6925	.6794	.6352
		6.3	.8667	.8667	1.0000
7	Uso de las manos	7.1	.9133	.8908	.9147
		7.2	.9328	.9506	.9300
		7.3	.9795	.9754	.9110
8	Expresividad de la cara	8.1	.8754	.9269	.9554
		8.2	.7517	.7967	.7334
		8.3	.8842	.9211	.9029
9	Se tapa la boca con la mano	9.1	1.0000	1.0000	1.0000
		9.2	.9448	.9448	1.0000
		9.3	.9229	1.0000	.9229
10	Se toca el pelo con la mano	10.1	.9557	.9547	.9511
		10.2	.9770	1.0000	.9770
		10.3	1.0000	1.0000	1.0000

Tabla 2.4.1.1.2.-3 : (Continuación)

Variables			Observadores		
			1-2	1-3	2-3
11	Se arregla la ropa	11.1	1.0000	.9388	.9388
		11.2	1.0000	1.0000	1.0000
		11.3	.9766	.9655	.9454
12	Se retuerce las manos	12.1	1.0000	1.0000	1.0000
		12.2	.9771	1.0000	.9771
		12.3	.8898	1.0000	.8898
13	Juega con algo	13.1	.9700	.9573	.9704
		13.2	1.0000	.9740	.9740
		13.3	.9732	.9826	.9719
14	Emite risitas	14.1	.9440	.9179	.9567
		14.2	.9718	.9400	.9300
		14.3	1.0000	.9848	.9848

Tabla 2.4.1.1.2.-4 : Fiabilidad inter-observadores en el post-tra
tamiento. Prueba producto-momento de Pearson.

Variables			Observadores		
			1-2	1-3	2-3
1	Contacto de los ojos	1.1	.9052	.8975	.9581
		1.2	.8961	.8219	.8894
		1.3	.8833	.9345	.9265
2	Postura	2.1	.8926	.8816	.7692
		2.2	.8477	.8511	.8697
		2.3	.8898	.8939	.8928
3	Distancia física	3.1	.9680	.9680	.9767
		3.2	.9523	1.0000	.9523
		3.3	.9872	.9872	.9732
4	Habla fluida	4.1	.8865	.8809	.8012
		4.2	.8689	.8130	.8401
		4.3	.8662	.9410	.8626
5	Inflexión de voz	5.1	.8032	.8749	.9306
		5.2	.7054	.8265	.8535
		5.3	.9085	.9085	.9332
6	Volumen de voz	6.1	.9675	.9829	.9700
		6.2	.9900	.9575	.9449
		6.3	.9520	.9649	.9636
7	Uso de las manos	7.1	.9046	.9306	.9318
		7.2	.8284	.9019	.7769
		7.3	.9258	.9410	.9064
8	Expresividad de la cara	8.1	.9300	.9221	.8699
		8.2	.7924	.7800	.7641
		8.3	.8608	.9087	.8945
9	Se tapa la boca con la mano	9.1	.6939	.6939	1.0000
		9.2	.8006	.8006	1.0000
		9.3	.6939	.0000	.0000
10	Se toca el pelo con la mano	10.1	1.0000	1.0000	1.0000
		10.2	.9836	.9836	1.0000
		10.3	1.0000	1.0000	1.0000

Tabla 2.4.1.1.2. -4 : (Continuación)

Variables			Observadores		
			1-2	1-3	2-3
11	Se arregla la ropa	11.1	1.0000	.9366	.9366
		11.2	1.0000	1.0000	1.0000
		11.3	1.0000	1.0000	1.0000
12	Se retuerce las manos	12.1	.9668	.9582	.9327
		12.2	.9111	.9162	.9162
		12.3	1.0000	.8006	.8006
13	Juega con algo	13.1	.9700	.9705	.9414
		13.2	.9805	.9666	.9747
		13.3	.9787	.9887	.9908
14	Emite risitas	14.1	.9544	.9887	.9443
		14.2	.9504	.9251	.9766
		14.3	1.0000	.9714	.9714

Tabla 2.4.1.2.-2 : Comprobación de la normalidad de las variables por la prueba de Kolmogorov-Smirnov mediante el estadístico Z.

Variables			Situación	Z	Probabi. asociada
1	Contacto de los ojos	1.1	Pre-tratm.	1.1462	.1444
			Pos-tratm.	.8970	.3970
		1.2	Pre-tratm.	1.0363	.2331
			Pos-tratm.	.8517	.4628
		1.3	Pre-tratm.	1.6575	.0082**
			Pos-tratm.	1.3173	.0622
2	Postura	2.1	Pre-tratm.	1.2680	.0802
			Pos-tratm.	.9581	.3176
		2.2	Pre-tratm.	1.7363	.0048**
			Pos-tratm.	1.0173	.2519
		2.3	Pre-tratm.	1.2458	.0897
			Pos-tratm.	1.2578	.0845
3	Distancia física	3.1	Pre-tratm.	1.9277	.0012**
			Pos-tratm.	1.0474	.2226
		3.2	Pre-tratm.	2.5002	.0000
			Pos-tratm.	1.2098	.1071
		3.3	Pre-tratm.	2.5185	.0000
			Pos-tratm.	1.1699	.1294
4	Habla fluida	4.1	Pre-tratm.	1.2918	.0710
			Pos-tratm.	1.2303	.0969
		4.2	Pre-tratm.	1.5027	.0219*
			Pos-tratm.	.8218	.5091
		4.3	Pre-tratm.	1.2754	.0773
			Pos-tratm.	1.2951	.6986
5	Inflexión de voz	5.1	Pre-tratm.	1.6857	.0068**
			Pos-tratm.	1.1626	.1339
		5.2	Pre-tratm.	1.1840	.1211
			Pos-tratm.	1.2229	.1004
		5.3	Pre-tratm.	1.4337	.0328*
			Pos-tratm.	1.8036	.0030**
6	Volumen de voz	6.1	Pre-tratm.	2.3854	.0000
			Pos-tratm.	1.2819	.0747
		6.2	Pre-tratm.	2.4618	.0000
			Pos-tratm.	1.0936	.1827
		6.3	Pre-tratm.	2.6990	.0000
			Pos-tratm.	1.1553	.1385

Tabla 2.4.1.2.-2: (Continuación)

Variables			Situación	Z	Probabi. asociada
7	Uso de las manos	7.1	Pre-tratm.	.9367	3.3440
			Pos-tratm.	.9980	.2721
		7.2	Pre-tratm.	1.2196	.1021
			Pos-tratm.	1.0400	.2296
		7.3	Pre-tratm.	1.1237	.1599
			Pos-tratm.	1.2585	.0842
8	Expresividad de la cara	8.1	Pre-tratm.	1.2377	.0934
			Pos-tratm.	1.5941	.0124*
		8.2	Pre-tratm.	.9569	.3191
			Pos-tratm.	1.0450	.2249
		8.3	Pre-tratm.	1.2254	.0992
			Pos-tratm.	1.1367	.1509
9	Se tapa la boca con la mano	9.1	Pre-tratm.	2.3243	.0000
			Pos-tratm.	2.7823	.0000
		9.2	Pre-tratm.	2.1544	.0002***
			Pos-tratm.	2.7400	.0000
		9.3	Pre-tratm.	2.4540	.0000
			Pos-tratm.	2.8148	.0000
10	Se toca el pelo con la mano	10.1	Pre-tratm.	2.1083	.0003***
			Pos-tratm.	2.8605	.0000
		10.2	Pre-tratm.	2.4383	.0000
			Pos-tratm.	2.7322	.0000
		10.3	Pre-tratm.	2.8458	.0000
			Pos-tratm.	2.7390	.0000
11	Se arregla la ropa	11.1	Pre-tratm.	2.7400	.0000
			Pos-tratm.	2.7881	.0000
		11.2	Pre-tratm.	2.7519	.0000
			Pos-tratm.	2.8148	.0000
		11.3	Pre-tratm.	2.3931	.0000
			Pos-tratm.	2.8148	.0000
12	Se retuerce las manos	12.1	Pre-tratm.	2.3528	.0000
			Pos-tratm.	2.5959	.0000
		12.2	Pre-tratm.	2.3249	.0000
			Pos-tratm.	2.4978	.0000
		12.3	Pre-tratm.	2.5476	.0000
			Pos-tratm.	2.7839	.0000

Tabla 2.4.1.2-2: (Continuación)

Variables			Situación	Z	Probabi. asociada
13	Juega con algo	13.1	Pre-tratm.	1.0729	.1998
			Pos-tratm.	1.6172	.0107*
		13.2	Pre-tratm.	1.2585	.0842
			Pos-tratm.	1.7372	.0048**
		13.3	Pre-tratm.	1.3266	.0592
			Pos-tratm.	1.4690	.0267*
14	Emite risitas	14.1	Pre-tratm.	1.1647	.1326
			Pos-tratm.	1.6386	.0093**
		14.2	Pre-tratm.	.7800	.5770
			Pos-tratm.	1.8185	.0027**
		14.3	Pre-tratm.	1.0840	.1905
			Pos-tratm.	1.9957	.0007***

*p < 0.05
 **p < 0.01
 ***p < 0.001

Tabla 2.4.1.2.-3 : Relación de variables según la distribución a la que se acomodan.

Paramétricas			No Paramétricas		
1	Contacto de los ojos	1.1 1.2	1	Contacto de los ojos	1.3
2	Postura	2.1	3	Distancia física	3.1 3.2 3.3
4	Habla fluida	4.1 4.3	4	Habla fluida	4.2
5	Inflexión de voz	5.2	5	Inflexión de voz	5.1 5.3
7	Uso de las manos	7.1 7.3	6	Volumen de voz	6.1 6.2 6.3
8	Expresividad de la cara	8.2 8.3	8	Expresividad de la cara	8.1
			9	Se tapa la boca con la mano	9.1 9.2 9.3
			10	Se toca el pelo con la mano	10.1 10.2 10.3
			11	Se arregla la ropa	11.1 11.2 11.3
			12	Se retuerce las manos	12.3
			13	Juega con algo	13.2 13.3
			14	Emite risitas	14.3

Tabla 2.4.1.2.-4 : Comprobación de la homogeneidad de las varianzas, en cada uno de los cuatro grupos, para cada variable mediante el estadístico C de Barlett.

Variables			C
1	Contacto de los ojos	1.1	1.6413
		1.2	.2170
2	Postura	2.1	2.2566
4	Habla fluida	4.1	1.2849
		4.3	1.2996
5	Inflexión de voz	5.2	1.3902
7	Uso de las manos	7.1	.3118
		7.2	5.1427
		7.3	4.9074
8	Expresividad de la cara	8.2	2.9728
		8.3	5.0169

Estadístico de contraste $C = 7.81$

Tabla 2.4.1.2. : Prueba de Análisis de Varianza (ANOVA) paramétrico en muestras independientes. Comprobación de la igualdad de los grupos en el pre-tratamiento.

Variables		F.V.	S.C.	M.C.	F	P.
1	1.1	Inter	9.2500	3.0833	.6395	.5970
		Intra	115.7142	4.8214		
	1.2	Inter	15.8214	5.2738	1.102	.3676
		Intra	114.8570	4.7857		
	1.3	Inter	14.9643	4.9881	1.1836	.3369
		Intra	101.1428	4.2143		
2	2.1	Inter	22.6785	7.5595	2.9953	.0507
		Intra	60.5714	2.5238		
	2.2	Inter	31.2857	10.4286	5.3091	.0060
		Intra	47.1428	1.9643		
	2.3	Inter	40.3928	13.4643	5.9215	.0036**
		Intra	54.5714	2.2738		
3	3.1	Inter	3.5357	1.1786	.9252	.4437
		Intra	30.5714	1.2738		
	3.2	Inter	6.1071	2.0357	2.1646	.1185
		Intra	22.5714	.9405		
	3.3	Inter	.9643	.3214	.3553	.7858
		Intra	21.7143	.9048		
4	4.1	Inter	10.9643	3.6548	1.2329	.3195
		Intra	71.1428	2.9643		
	4.2	Inter	6.9643	2.3214	.7992	.5065
		Intra	69.7142	2.9048		
	4.3	Inter	5.5357	1.8452	.4784	.7003
		Intra	92.5714	3.8571		

Tabla 2.4.1.2. : (Continuación)

Variables		F.V.	S.C.	M.C.	F	P	
5	Inflexión de voz	5.1	Inter	2.8571	.9524	.3137	.8153
			Intra	72.8571	3.0357		
		5.2	Inter	2.2857	.7619	.2092	.8891
			Intra	87.4285	3.6429		
		5.3	Inter	7.2500	2.4167	.6835	.5708
			Intra	84.8571	3.5757		
6	Volumen de voz	6.1	Inter	1.2500	.4167	.3608	.7818
			Intra	27.7143	1.1548		
		6.2	Inter	2.3929	.7976	.9178	.4472
			Intra	20.8571	.8690		
		6.3	Inter	4.2857	1.4286	1.6000	.2155
			Intra	21.4286	.8929		
7	Uso de las manos	7.1	Inter	3.5357	1.1786	.1984	.8964
			Intra	142.5714	5.9405		
		7.2	Inter	63.2857	21.0952	5.2118	.0065 **
			Intra	97.1427	4.0476		
		7.3	Inter	24.4286	8.1429	1.2667	.3082
			Intra	154.2857	6.4286		
8	Expresividad de la cara	8.1	Inter	7.1429	2.3806	.3472	.7915
			Intra	164.5714	6.8571		
		8.2	Inter	10.9643	3.6548	.9360	.4386
			Intra	93.7143	3.9048		
		8.3	Inter	16.6786	5.5595	.7875	.5127
			Intra	169.4285	7.0595		
9	Se tapa la boca con la mano	9.1	Inter	34.3928	11.4643	1.0490	.3890
			Intra	262.2856	10.9286		
		9.2	Inter	5.5357	1.8452	.2886	.8331
			Intra	153.4285	6.3929		

Tabla 2.4.1.2. : (Continuación)

Variables		F.V.	S.C.	M.C.	F	P
10	Se toca el pelo con la mano	9.3				
		Inter	24.6785	8.2262	.7703	.5219
		Intra	256.2854	10.6786		
		Inter	18.9643	6.3214	.9602	.4275
		Intra	158.0000	6.5833		
11	Se arregla la ropa	10.1				
		Inter	19.7143	6.5714	1.0000	.4098
		Intra	157.7143	6.5714		
		Inter	34.7142	11.5714	2.4000	.0928
		Intra	115.7143	4.8214		
12	Se retuerce las manos	11.1				
		Inter	14.1428	4.7143	2.0625	.1319
		Intra	54.8571	2.2857		
		Inter	7.7143	2.5714	1.5000	.2399
		Intra	41.1428	1.7143		
13	Juega con algo	11.3				
		Inter	23.1428	7.7143	1.0623	.3835
		Intra	174.2856	7.2619		
		Inter	54.9642	18.3214	4.6216	.0109 *
		Intra	95.1429	3.9643		
		12.1				
		Inter	43.8213	14.6071	2.5886	.0764
		Intra	135.4285	5.6429		
		Inter	31.2857	10.4286	2.2636	.1069
		Intra	110.5714	4.6071		
		12.2				
		Inter	127.8214	42.6071	3.2041	.0412 *
		Intra	319.1426	13.2976		
		Inter	111.2856	37.0952	2.3988	.0929
		Intra	371.1426	15.4643		
		12.3				
		Inter	122.9643	40.9881	2.8957	.0560
		Intra	339.7139	14.1547		

Tabla 2.4.1.2. : (Continuación)

Variables		F.V.	S.C.	M.C.	F	P
14 Emite risitas	14.1	Inter	148.6785	49.5595	5.2563	.0063 **
		Intra	226.2856	9.4286		
	14.2	Inter	98.0000	32.6667	4.2875	.0147 *
		Intra	182.8571	7.6190		
	14.3	Inter	6.0000	2.0000	.1806	.9085
		Intra	265.7141	11.0714		

*p < 0.05
**p < 0.01

Tabla 2.4.2.1.1-6: Comprobación de la normalidad de las diferencias entre las situaciones pre-tratamiento y post-tratamiento en los cuestionarios, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Cuestionarios	Condición experimental	Estadístico empírico (Dmax)
Rathus	1	.2885
	2	.1586
	3	.1802
	4	.2336
Gambrill-ansiedad	1	.3986
	2	.1711
	3	.1507
	4	.1637
Gambrill-prob. de respuesta	1	.3566
	2	.1980
	3	.1764
	4	.1374

Estadístico crítico de contraste $D_c = .486$

Tabla 2.4.2.1.1-7: Comprobación de la normalidad de las diferencias entre las situaciones post-tratamiento y seguimiento en los cuestionarios, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Cuestionarios	Condición experimental	Estadístico empírico (Dmax)
Rathus	1	.3473
	2	.2733
	3	.2486
	4	.2802
Gambrill-ansiedad	1	.3770
	2	.3052
	3	.1662
	4	.1236
Gambrill-prob. de respuesta	1	.1448
	2	.1585
	3	.2157
	4	.1871

Estadístico crítico de contraste $D_c = .486$

Programas de computador utilizados.

Disponibles en discos del CCUM:

BMDP 5D: Se utilizó para conocer la distribu---
ción de frecuencias de cada variable -
(Disco BMDCCU).

BMDP 3D: Se utilizó para la comprobación de ca-
da par de grupos mediante la prueba de
rangos de U de Mann-Whitney (Disco ---
BMDCCU).

BMDP 1V: Se empleó para efectuar ANOVA paramé---
trico de 1 criterio de clasificación y
coeficientes de correlación producto-
momento de Pearson (Disco BMDCCU).

BMDP 2V: Se utilizó para el ANOVA paramétrico -
de doble criterio de clasificación y -
para la obtención de medias y desvia--
ciones típicas parciales y totales de
cada variable (Disco BMDCCU).

SRANK: Subrutina SSP (Social Scientific Package).
Se utilizó para el cálculo de la suma de rangos necesaria para el cálculo de coeficiente de correlación de Spearman -----
(Disco OSIRIS).

TIE: Subrutina SSP (Social Scientific Package).
Se utilizó para el cálculo de la correlación de los empates en las pruebas no paramétricas (Disco OSIRIS)

TWOAD: Subrutina SSP (Social Scientific Package).
Se utilizó para el cálculo del estadístico χ^2 para la prueba de rangos de Friedman -----
(Disco OSIRIS).

Elaborados para esta investigación:

Arredondo, J.M.: Programa para el cálculo de la fiabilidad de los diversos -----
cuestionarios mediante el coeficiente de fiabilidad alfa.

Clemente, M.: Programas principales para la llamada de las subrutinas SSP -
(Social Scientific Package) del disco OSIRIS.

